

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

DIPLOMSKA NALOGA

Izola, november 2011

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

**ZDRAVSTVENA NEGA PRI OBRAVNAVI PACIENTKE Z
MASTEKTOMIJO**

NURSING CARE IN TREATING A MASTECTOMY PATIENT

Študentka: SANJA ZORIĆ

Mentorica: GORDANA LOKAJNER, dipl.med. sestra, univ.dipl.org.

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI
PROGRAM**

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Izola, november 2011

KAZALO VSEBINE

KAZALO VSEBINE	I
KAZALO SLIK	II
KAZALO PREGLEDNIC	III
POVZETEK	IV
ABSTRACT AND KEYWORDS	V
kAZALO SLIK	1
KAZALO PREGLEDNIC.....	2
1 UVOD	1
2 DOJKA.....	2
2.1 ZGRADBA DOJKE.....	2
2.1.1 PREKRVAVITEV	3
2.1.2 CIKLIČNE SPREMEMBE TKIVA DOJKE.....	4
2.2 OBOLENJA DOJKE.....	5
2.2.1 RAZVOJNE NEPRAVILNOSTI.....	5
2.2.2 VNETJA.....	6
2.2.3 POŠKODBE.....	6
2.2.4 BOLEČINE	6
2.2.5 BENIGNI TUMORJI	7
3 RAK DOJKE.....	8
3.1 EPIDEMIOLOGIJA IN RIZIČNI DEJAVNIKI.....	9
3.1.1 NEVARNOSTNI DEJAVNIKI TVEGANJA ZA RAKA DOJKE	10
3.2 VRSTE RAKA NA DOJKI.....	14
3.2.1 GLEDE NA AGRESIVNOST, ZASEJANJE DELIMO RAK DOJKE :	14
3.2.2 GLEDE NA HISTOLOŠKO SLIKO	16
3.2.3 GLEDE NA NAČIN ZDRAVLJENJA.....	16
3.3 ZNAKI IN SIMPTOMI.....	17
3.3.1 NEINVAZIVNI RAK	17
3.3.2 INVAZIVNI RAK.....	18
3.3.3 ZGODNJI RAK DOJK (stadij I, II, III A)	18

3.3.4 LOKALNO NAPREDOVALI RAK DOJK (stadij III B)	18
3.3.5 VNETNI RAK DOJK	19
3.3.6 METASTATSKI RAK DOJK (stadij IV)	19
3.4 KLASIFIKACIJA RAKA - TNM SISTEM.....	20
3.5 PREVENTIVA RAKA DOJK	22
3.5.1 PRIMARNA PREVENTIVA.....	22
3.5.2 PRIMARNA PREVENTIVA RAKA DOJKE.....	23
3.5.3 SEKUNDARNA PREVENTIVA	23
3.5.4 DORA – DRŽAVNI PRESEJALNI PROGRAM ZA RAKA DOJK.....	24
3.5.5 TERCIARNA PREVENTIVA RAKA DOJKE.....	25
3.5.6 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI PREPREČEVANJU RAKA DOJKE.....	25
3.5.7 SAMOPREGLEDOVANJE DOJK.....	26
3.6 DIAGNOSTIKA	28
3.6.1 KLINIČNI PREGLED	28
3.6.2 SLIKOVNA DIAGNOSTIKA.....	29
3.6.3 PATOMORFOLOŠKA BIOPSIJA.....	33
3.7 ZDRAVLJENJE RAKA DOJKE.....	33
3.7.1 KIRURŠKO ZDRAVLJENJE	34
3.7.2 OHRANJEVALNE ALI KONZERVIRAJOČE OPERACIJE.....	34
3.7.3 OPERACIJA PAZDUŠNIH BEZGAVK.....	38
3.7.4 OBSEVALNO ZDRAVLJENJE (RADIOTERAPIJA) RAKA DOJKE.....	39
3.7.5 SISTEMSKE ZDRAVLJENJE.....	40
3.7.6 DOPOLNILNO (ADJUVANTNO) IN PREDOPERATIVNO (NEOAJUVANTNO) SISTEMSKE ZDRAVLJENJE.....	42
3.8 CELOSTNA REHABILITACIJA PO MASTEKTOMIJI.....	42
3.8.1 PSIHO-SOCIALNA REHABILITACIJA.....	43
3.8.2 FIZIKALNA REHABILITACIJA	43
3.8.3 NAVODILA PACIENTKAM Z LIMFEDEMOM V SPLOŠNI BOLNIŠNICI CELJE	44
3.8.4 POKLICNA REHABILITACIJA	46
4 VLOGA MEDICINSKE SESTRE V CELOSTNI PRIPRAVI PACIENTKE NA OPERATIVNI POSEG	47
4.1 ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTKE V CELOSTNI PRIPRAVI NA OPERATIVNI POSEG DOJK (MASTEKTOMIJO)	47
4.1.1 PSIHIČNA PRIPRAVA NA OPERATIVNI POSEG	48
4.1.2 FIZIČNA PRIPRAVA NA OPERATIVNI POSEG.....	49
4.1.3 ADMINISTRATIVNA PRIPRAVA.....	49
4.1.4 PREDOPERATIVNA VIZITA MEDICINSKE SESTRE PRI ANESTEZIJI	50

4.1.5 NEPOSREDNA PRIPRAVA PACIENTA V OPERACIJSKI DVORANI	51
4.2 PROFESIONALNE VLOGE MEDICINSKE SESTRE.....	52
4.3 ZAGOVORNIŠTVO IN MEDICINSKA SESTRA	54
4.3.1 VRSTE ZAGOVORNIŠTVA	55
4.3.2 ZAGOVORNIŠTVO V ZDRAVSTVENI NEGI	56
4.3.3 MEDICINSKA SESTRA KOT ZAGOVORNICA PACIENTOV	56
5 SUPERVIZIJA	59
5.1 MODELI SUPERVIZIJE	60
5.2 VRSTE SUPERVIZIJE.....	62
5.3 KOMUNIKACIJA V ZDRAVSTVENI NEGI.....	63
5.3.1 KOMUNIKACIJA IN NJENI ELEMENTI	64
5.3.2 KOMUNIKACIJA V PROCESU ZDRAVSTVENE NEGE.....	65
5.3.3 PROFESIONALNA KOMUNIKACIJA MEDICINSKE SESTRE	68
5.3.4 RAZLOGI ZA UČENJE PROFESIONALNE KOMUNIKACIJE V ZDRAVSTVENI NEGI	68
5.3.5 KOMPONENTE PROFESIONALNE KOMUNIKACIJE.....	69
5.3.6 MEDSEBOJNI ODNOS MEDICINSKA SESTRA – PACIENT V TEORIJI ZDRAVSTVENE NEGE	70
6 EMPIRIČNI DEL	71
6.1 NAMEN DIPLOMSKEGA DELA	71
6.2 CILJI DIPLOMSKEGA DELA	71
6.3 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	72
6.4 METODOLOGIJA	72
6.4.1 RAZISKOVALNE METODE	72
6.4.2 RAZISKOVALNI VZOREC	73
6.4.3 POSTOPKI OBDELAVE PODATKOV	73
6.4.4 REZULTATI RAZISKAVE	74
6.4.5 PREVERJANJE IZHODIŠČNIH RAZISKOVALNIH VPRAŠANJ.....	87
Hipoteza 1:	87
7 RAZPRAVA	90
8 ZAKLJUČEK.....	94
9 LITERATURA.....	96
ZAHVALA.....	100
PRILOGE	101

KAZALO SLIK

SLIKA 1: PAGETOVA BOLEZEN (8).....	17
SLIKA 2: LOKALNO NAPREDOVALI RAK DOJK – EKSULCERIRANI RAK DOJK (8).	19
SLIKA 3: VNETNI RAK DOJK (8).....	19
SLIKA 4: MAMOGRAFIJA: MIKROKALCINACIJE ZNAČILNE ZA NEINVAZIVNI RAK DOJK (8).....	30
SLIKA 5: MAMOGRAFIJA: INVAZIVNI RAK DOJK (8).	31
SLIKA 6: ULTRAZVOK: INVAZIVNI RAK DOJK (8).	32
SLIKA 7: MRI: INVAZIVNI RAK DOJK (8).	32
SLIKA 8: KIRURŠKO ZDRAVLJENJE Z OHRANITVIJO DOJKE (8).....	35
SLIKA 9: MODIFICIRANA RADIKALNA MASTEKTOMIJA (18).....	36
SLIKA 10: MASTEKTOMIJA (19).	37
SLIKA 11: BILATERALNA MASTEKTOMIJA; LEVO RADIKALNA MASTEKTOMIJA Z ODSTRANITVIJO OBEH PRSNIH MIŠIC – DESNO MODIFICIRANA RADIKALNA MASTEKTOMIJA (8).	37
SLIKA 12: OBSEVANJE PRSNE STENE PACIENTK PO MASTEKTOMIJI (8).	39

KAZALO PREGLEDNIC

PREGLEDNICA 1: KLASIFIKACIJA RAKA - TNM SISTEM (4).....	20
PREGLEDNICA 2: PROBLEMI PACIENTK, KI ČAKAJO NA MASTEKTOMIJO	79

POVZETEK IN KLJUČNE BESEDE

Teoretična izhodišča: V teoretičnem delu smo predstavili zgradbo dojke, obolenja dojke, raka dojke, znake in vrste raka dojke. Opisali smo preventivo raka dojke vključno s presejalnim programom Dora. Pomembno vlogo v diplomski nalogi imata tudi diagnostika in zdravljenje raka dojke. Predstavljena je celotna zdravstvena nega pacientk z mastektomijo od sprejema v bolnišnico do odpusta v domače okolje. V diplomski nalogi je poudarjen pomen komunikacije med medicinsko sestro in pacientkami, pomen zagovorništva medicinskih sester ter pomen supervizije za zdravstvene delavce.

Namen: Prikazati zdravstveno nego pacientke z radikalno operacijo dojke ter vlogo medicinske sestre, katera je zagovornica koristi pacienta in mu nudi fizično, psihično, socialno, duhovno ter moralno podporo in s tem pomaga do kakovostnejše priprave na operativni poseg in zdravstvena nega po operativnem posegu.

Metode: V raziskavi smo uporabili deskriptivno (opisno) raziskovalno metodo dela. Podatke za raziskovalni del smo zbrali s pomočjo anketnega vprašalnika, ki je sestavljen iz 23 vprašanj, katera so razporejena po tematskih sklopih. Anketa je bila anonimna z vprašanji odprtega in zaprtega tipa, na katera so odgovarjali zdravstveni delavci, ki skrbijo za zdravstveno nego pacientk pred in po mastektomiji.

Rezultati: Ugotovili smo, da medicinske sestre prepoznajo svojo celotno vlogo pri psihofizični pripravi pacientk na mastektomijo, upoštevajo etična načela, skrbijo za ohranitev življenja in zdravja ljudi. Znanje je edino vodilo pri njihovem delu, vendar menijo, da imajo premalo izobraževanj o zdravstveni negi pacientk z mastektomijo in s tem posledično se strinjajo, da imajo premalo znanja. Ugotovili smo, da je vloga medicinske sestre vloga poslušalke in svetovalke. Supervizija bi pomagala medicinskim sestrah v njihovem delovnem okolju.

Ključne besede: rak dojke, medicinska sestra, zdravstvena nega, mastektomija, supervizija.

ABSTRACT AND KEY WORDS

Theoretical standpoint: In the theoretical part we have presented the structure of a breast, breast diseases, breast cancer, symptoms and types of breast cancer. We have described the prevention of breast cancer including the breast screening programme Dora. The diagnostics and breast cancer treatment also have an important part in this paper which furthermore presents a complete nursing care of mastectomy patients, from hospital admission to their discharge into the home environment. This diploma paper puts emphasis on the importance of communication between the nurse and the patients, the importance of nurses' advocacy and the importance of supervision for health workers.

Purpose: The purpose was to show the nursing care of a patient undergoing a radical breast operation and the role of a nurse who is an advocate for patient's benefits and offers the patient physical, psychological, social, spiritual as well as moral support and by doing so helps the patient with the most qualitative preparation for the surgical procedure and nursing care after the procedure.

Methods: We have used a descriptive research method of work. The data for the empirical part was collected through a questionnaire consisting of 23 questions which are arranged in thematic sections. The questionnaire was anonymous. It included open and closed type of questions which were answered by health workers who are in charge of nursing care of patients before and after mastectomy.

Findings: We have found out that the nurses acknowledge their comprehensive role in psychophysical preparation of patients for mastectomy, follow the ethical principles, care for the preservation of people's life and health. Knowledge is the only guideline at their work. However, they believe they do not have enough training regarding the nursing care of mastectomy patients and therefore consequently agree they do not have enough knowledge. We have found out that the role of a nurse is one of a listener and a counsellor. Supervision would help nurses in their work environment.

Key words: breast cancer, nurse, nursing care.

1 UVOD

Rak dojke je najpogostejši rak žensk v razvitem svetu in pri nas. Zbolevanje narašča, v Sloveniji letno zboli okoli 1.000 žensk, približujemo se pojavnosti v razvitem svetu (100 na 100.000 žensk). Po napovedih naj bi v prihodnosti zbolela vsaka osma ženska. Kljub večjemu obolevanju se zadnja leta smrtnost zaradi te bolezni v razvitem svetu zmanjšuje. Razloga za to sta organizirano iskanje raka pri najbolj ogroženih ženskah, t.i. presejanje in uvajanje novih učinkovitejših načinov zdravljenja (1).

Rak dojke obremenjujoče vpliva na ženske vseh starosti.

Že ob postavitvi diagnoze se pri obolelih ženskah pogosto kažejo čustvene reakcije, na primer prestrašenost, obup, nemoč. Ne glede na način, kako ženske doživljajo svoje prsi, simbolno ali izrazno, njihova odstranitev ženskam da občutek, da so izgubile del sebe. Na spoprijemanje s spremenjeno telesno podobo kot posledico bolezni in njenega zdravljenja pomembno vpliva pozitivna samopodoba vsake posameznice (2,3).

Doživljanje žensk obolelih za rakom na dojki, je pri ženskah s to diagnozo edinstveno in je odvisno od njihove sposobnosti spoprijemanja z življenjskimi cilji, ki se spreminjajo od postavitve diagnoze, med zdravljenjem in rehabilitacijo, do obdobja daljšega preživetja ali ponovitve bolezni.

Medicinske sestre, ki so pomembne članice zdravstvenega tima, naj bi ženskam pomagale s čustveno podporo, načrtovanim, sistematičnim svetovanjem in izobraževanjem (2).

Z diplomsko nalogo smo želeli ugotoviti ali se medicinske sestre zavedajo svoje vloge, ki jo imajo pri psihični in fizični pripravi pacientke na mastektomijo. Ali medicinske sestre delujejo v vlogi sogovornice, poslušalke, svetovalke, zagovornice. Kakšno je mnenje medicinskih sester, ali pride do izgorevanja zaradi psihičnega napora v povezavi s pripravo pacientk na operacijo ter kakšno vlogo ima za medicinske sestra supervizija.

2 DOJKA

Dojka leži na veliki prsni mišici oziroma na njeni fasciji na sprednji in stranski strani prsnega koša, v področju, ki ga imenujemo *regio mammalis*. Ta se nahaja navpično med drugim in šestim do sedmim rebrom in vodoravno med stranskim robom prsnice in srednjo pazdušno linijo (4).

Na vrhu dojke se nahaja izbočena bradavica (*papilla mammae*), ki leži v višini četrtega medrebrnega prostora, v navpični črti, ki poteka skozi sredino ključnice (medioklavikularni liniji). Okoli bradavice je 10 do 20 odprtih izvodnih kanalčkov mlečne žleze (4).

Ob robu kolobarja je razporejenih 10 do 15 žlez, ki jih imenujemo *glandulae areolares* ali *Montgomeryjeve žleze*. To so lojnice, ki mastijo bradavico in ščitijo kožo med dojenjem (4).

2.1 ZGRADBA DOJKE

Dojko gradi mlečna žleza, ki je vstavljena v podporna tkiva: maščevje in vezivno tkivo.

Mlečna žleza ima strukturo drevesne krošnje. Iz najdrobnejših mešičkov (*alveoli*), v katerih nastaja mleko v določenem življenjskem obdobju ženske, iztekajo najdrobnejša izvodila (*terminalni duktuli*), ki se postopoma zlivajo v vedno večje in se končno v obliki 15 do 20 duktusov odpirajo v prsni bradavici. Področju enega duktusa, z vsemi manjšimi duktusi in alveoli in podpornim tkivom, pravimo *lobus*. Dojko gradi 6 do 9 lobusov, ki so med seboj ločeni s fibroznimi listi, ki segajo od prsnega koša do kože dojke (5).

Vezivno tkivo obdaja mlečno žlezo in pošilja interlobarne in interlobularne pregrade med režnje in režnjiče – vezivni trakovi, ki povezujejo globoko fascijo prsne mišice na kateri dojka leži in površinsko fascijo, se imenujejo *suspenzorni ali Cooperjev ligament*, ki daje dojki oporo (4).

Maščevje se nahaja med kožo in žleznimi strukturami ter sega med režnje in režnjiče. Za razliko od količine žleznega tkiva, ki ga je pri vseh ženskah v rodnem obdobju okoli 150 do 200 g, je delež maščevja pri posameznih ženskah različen (4).

2.1.1 PREKRVAVITEV

Bizjak pravi, da največ krvi (60 %) iz arterij dobiva dojka iz spodnjih vej *a. mammae internae*, ki prehranjuje v glavnem osrednje in notranje dele dojk. Okoli 30 % krvi priteče po *a. thoracici interni*, ki prehranjuje zgornje in zunanje dele. Manjši delež (10 %) krvi dovajajo še stranske veje tretje do pete interkostalne arterije, veja torakoakromialne arterije ter subskapularne in torakodorsalne arterije (4).

Potek ven sledi poteku arterij, tako da kri iz notranjega dela dojke teče v *v. thoracicae internae*, iz zgornjih in stranskih delov pa v *v. thoracica lat.* in v *v. intercostales*. Okoli bradavice oziroma kolobarja tvorijo vene splet (*plexus venosus areolaris*), ki se imenuje tudi *Hallejev venski prstan* (4).

Dojka ima obilno limfno omrežje, ki ga tvorita dva spleta. Povrhnji, ki drenira limfo iz kože dojke, razen s področja okoli bradavice, in globoki, ki drenira limfo iz vse ostale dojke. Oba sta med seboj povezana. Povrhnje limfne žile so povezane tudi s povrhnjimi limfnimi žilami stene prsnega koša, zgornjega dela trebušne stene in nasprotne dojke (4).

Velika večina limfe (97 %) se steka v pazdušne bezgavke (*nodi lymphatici axillares*), preostala pa v parasternalne bezgavke (*nodi lymphatici parasternales*) (4).

Pazdušnih bezgavk je 30 do 40 in se anatomske delijo v več skupin: apikalne, centralne, lateralne, interpektoralne (*Rotterjeve*), skapularne, subskapularne in centralne (4).

Kožo dojke oživčujejo interkostalni živci (II–VI) in predvsem v zgornjem delu supraklavikularni živci iz cervikalnega spleta. Najbolj je s senzibilnimi vlakni prepredena bradavica (4).

Avtonomni živčni sistem ima samo vlakna simpatika. Stimulacija povzroči krčenje gladkih mišic v bradavici (4).

2.1.2 CIKLIČNE SPREMEMBE TKIVA DOJKE

Štabuc podarja, da ves čas od prve menstruacije pa do menopavze doživlja tkivo dojke nenehne spremembe. Te nastajajo zaradi vpliva hormonov jajčnikov, ki se izločajo v večjih ali manjših količinah v času menstrualnega ciklusa (6).

V predmenstrualnem obdobju povzroča povišana količina hormonov rast žleznega tkiva in mlečnih izvodil večjo prekrvavljenost tkiva in zadrževanje tekočin v vezivnem tkivu. Maščobno tkivo se zmanjša. Dojka postane napeta in čvrsta, včasih tudi občutljiva (6).

V pomenstrualnem obdobju se količina hormonov zniža, zato nastopi atrofija oziroma zmanjševanje žleznega tkiva in izginevanje tekočine v vezivnem tkivu. Dojka postane zopet mehkejša in manj napeta. To stanje traja do naslednjega predmenstrualnega obdobja, ko se vse ponovi (6).

V nosečnosti je rast žleznega tkiva najbolj invazivna. Takrat se žlezno tkivo močno razraste, ker se pripravlja na izločanje mleka. Maščobno in vezivno tkivo skoraj izgineta. Po končanem dojenju se vzpostavi podobno stanje kot pred nosečnostjo, le da je maščobnega tkiva nekoliko več, vezivnega tkiva pa nekoliko manj, zato je dojka lahko mehkejša in ohlapnejša (6).

S staranjem ženske upada količina izločenih hormonov jajčnikov, zato prihaja postopoma do izgube žleznega tkiva. Nadomešča ga maščevje, ki v času menopavze in po njej izrazito prevladuje (6).

2.2 OBOLENJA DOJKE

Patološke spremembe na dojkah lahko razdelimo na:

- razvojne nepravilnosti,
- vnetja,
- poškodbe,
- bolečine,
- tumorje (benigni, maligni, filodni) (4).

2.2.1 RAZVOJNE NEPRAVILNOSTI

Najpogostejša razvojna nepravilnost dojk (pri 2 % do 6 %) so dodatne bradavice (*polythelia*) ali redkeje dodatne mlečne žleze (*polymastia*), ki ležijo v poteku prvotne mlečne proge in nastanejo, kadar mlečna proga ne regredira v celoti (4).

Prirojeno odsotnost dojke imenujemo *amastia*. Možne so tudi različice, ko se dojki ne razvijeta pravilno: eno ali obojestransko manjša oziroma manj razvita dojka (*hypoplasia*) in eno ali obojestranska večja dojka (*hyperplasia*). Večina prirojenih nepravilnosti dojk je izraženih v blagi obliki. Resne nepravilnosti so v veliki večini združene z nepravilnostmi prsnih mišic. Po avtorju, ki je nepravilnost prvi opisal, se enostranska hipoplazija dojke, prsnega koša in prsnih mišic imenuje *Polandov sindrom* (4).

2.2.2 VNETJA

Vnetja dojke, ki se kažejo z rdečino in oteklino dojke, so zlasti pogosta med dojenjem. Vzrok so bakterijske okužbe. Tako vnetje praviloma spremljajo slabo počutje, zvišana telesna temperatura in zvišana sedimentacija. Podobno kakor bakterijsko vnetje pa je videti tudi redka oblika raka dojke, tako imenovani vnetni rak. Čeprav ni vnetja, je koža dojke rdeča in otekla. Zatrdlina večinoma ni tipna. Vnetni rak se lahko pojavi med nosečnostjo in dojenjem, vendar pa je pogostejši pri starejših ženskah kakor nosečnicah. Zato je ob vsaki rdečini in oteklini dojke potreben pregled pri zdravniku (4).

2.2.3 POŠKODBE

V dojki se zaradi rahlega tkiva in dobre prekrvavitve pri močnejših in topih poškodbah hitro razvije hematoma. Nastane lahko tudi kot posledica posegov na dojki (tanko ali širokoigelné punkcije, biopsije) (4).

2.2.4 BOLEČINE

Bolečine v dojkah delimo na ciklične in neciklične. Ciklične bolečine se pojavljajo samo v rodnem obdobju, so obojestranske in so, kot že samo ime pove, povezane z menstrualnim ciklusom. Dojki sta v drugi fazi ciklusa povečani, napeti in boleči. Ponavadi so bolečine najmočnejše tri do sedem dni pred menstruacijo. Ocenjujejo, da ima opisane težave tretjina žensk v rodnem obdobju.

V drugih primerih je vzrok cikličnih bolečin fibrocistična bolezen (*FCB*) (4).

Neciklične bolečine so najpogostejše pri ženskah med štiridesetim in petdesetim letom starosti. Ponavadi so pekoče in se pojavljajo samo na eni dojki, lahko se širijo v prsni koš, pazduho, roko ali pod lopatico. Redko so povezane z obolenji dojk. Nekateri opisujejo, da so možne pri fibroadenomu in cistah. Dosti pogosteje je izvor bolečin v mišično-kostnem sistemu (4).

2.2.5 BENIGNI TUMORJI

Fibroadenom je benigni tumor, sestavljen iz žlez in veziva. Lahko se pojavi v kateri koli starosti, najpogostejši pa je pri ženskah med dvajsetim in štiridesetim letom. Fibroadenomi so po navadi večje, trše in v primerjavi z rakom dojke dobro omejene zatrdline. Rak dojke se navadno kaže kot trda, neravna in neostro omejena zatrdlina, ki jo od benigne lahko ločimo s pregledom celic pod mikroskopom (7).

Intraduktalni papilom je tumor, ki nastane v svetlini mlečnega voda v predelu kolobarja. Gre za majhen tumor, velik 3 do 4 mm, izjemoma več kot 1 cm. Povzroča rdeče-rjav do temen izcedek iz enega izvodila dojke, tj. tistega, v katerem se nahaja. Tumor odstranimo kirurško (7).

Lipom je mehek, dobro omejen tumor. Ponavadi leži v podkožju in je sestavljen iz zrelega maščevja, ki je inkapsulirano. Odstranimo ga s kirurškim posegom (7).

Ostali, redki benigni tumorji v dojki, so še hemangiom, miom, hondrom, osteom, neurofibrom in hamartom (7).

3 RAK DOJKE

Rak je splošno ime za skupino različnih bolezni, katerih osnovna značilnost sta nenadzorovana delitev in razrast spremenjenih, rakavih celic.

Človeško telo je zgrajeno iz različnih vrst celic, ki rastejo in se delijo le takrat, ko organizem to potrebuje. Ker je življenjska doba večine celic omejena, je celična delitev, s katero nastajajo nove celice, nujen pogoj za obnavljanje tkiv in ohranitev zdravega organizma. Včasih pa lahko zaradi različnih vzrokov pride do čezmerne delitve in kopičenja celic, kar ima za posledico nastanek raka. Rakave celice se lahko vraščajo v tkiva v okolici in jih okvarjajo. Pogosto prodrejo tudi v mezgovnice in žile, limfni in krvni obtok pa jih razneseta v oddaljene organe, kjer nastajajo novi tumorji, tako imenovani zasevki ali metastaze (7).

Rak dojke najpogosteje vznikne v duktusih in lobulih, torej v epitelnih strukturah; to vrsto raka imenujemo karcinom. V najzgodnejšem obdobju se rakave celice širijo le po duktusih oziroma lobulih. Od veziva (strome) jih loči bazalna membrana. To obliko imenujemo neinvazivni karcinom ali karcinom in situ. Če bolezen odkrijemo v tem stadiju, jo skoraj vedno pozdravimo, ker se celice pri tej obliki ne raznašajo po telesu. O invazivnem karcinomu govorimo takrat, ko so rakave celice že prebile bazalno membrano in se vraščajo v stromo dojke (7).

Rak dojke je bolezen, ki ga zaznamuje nekaj značilnosti, na katere je nujno opozoriti. Rak dojke je heterogena bolezen, tj. skupno ime za skupino bolezni, ki se med seboj razlikujejo po vzorcu genskih sprememb, patohistološki sliki, klinični sliki, zdravljenju in prognozi. Zato je danes težišče raziskav raka dojke namenjeno prav spoznavanju značilnosti različnih podskupin raka dojke in tem značilnostim prikrojenemu zdravljenju (8).

3.1 EPIDEMIOLOGIJA IN RIZIČNI DEJAVNIKI

Novaković et al. izpostavljajo, da je rak dojke v razvitem svetu najpogostejši rak žensk in zato pomemben javno zdravstveni problem. Ogroženost žensk, ki zbolijo za rakom dojke, je v grobem odvisna od razvitosti države in tako npr. v Evropi pada od severa proti jugu ter zahoda proti vzhodu.

Incidenca raka dojke na Nizozemskem je okoli 90/100 000 žensk, v Sloveniji pa približno 60/100 000. Razlogov za večjo zbolewnost v razvitejšem svetu je več, združimo pa jih lahko v pojem »zahodni način življenja«. V prvi vrsti je, tako kot za druge rake, treba omeniti dejstvo, da se je življenjska doba podaljšala.

Ker je rak predvsem bolezen starejših ljudi, danes ženske za njim zbolijo v večji meri kot nekoč. Sicer pa so dokazano pomembni nevarni dejavniki, ki so povezani z večjim zbolevanjem za rakom dojk: demografski dejavniki (spol, starost, zemljepisna lega), dejavniki materinstva (zgodnja menarha, pozna mena, starost več kot 30 let ob prvem porodu, nerodnost, nizko število otrok, opustitev dojenja), eksogeni hormoni (oralna kontracepcija, hormonsko nadomestno zdravljenje), življenjski slog (alkohol, prehrana z nasičenimi maščobnimi kislinami, debelost), ionizirajoče sevanje, mamografska nepreglednost dojk, višja telesna višina in seveda dednost. Pri slednji moramo ločiti med dednimi oblikami raka dojke, ki so posledica mutacij predvsem genov *BRCA1* ali *BRCA2*, ter družinskimi oblikami, pri katerih opazujemo nekoliko več rakov dojk v družini kot povprečno. Vzrokov za pogostejše zbolevanje pa ne poznamo v celoti.

Številnim razlogom za pogosto zbolevanje se v naši civilizaciji ni mogoče izogniti, zato lahko predvidevamo, da bo rak dojke pogosta bolezen tudi v prihodnje. Veseli nas lahko, da je umrljivost v nekaterih zavutih državah v zadnjih letih močno padla (tudi do 30 %), v Sloveniji pa kljub rasti incidence ne raste. Ti uspehi so skupen rezultat vseh strategij boja proti bolezni: presejanja, boljšega zgodnjega odkrivanja in boljšega življenja (8).

3.1.1 NEVARNOSTNI DEJAVNIKI TVEGANJA ZA RAKA DOJKE

Po Štabucu za rakom dojk zboli letno na svetu okoli 1 milijon žensk, več v razvitih državah kot v nerazvitih. Tudi v Sloveniji je rak dojk najpogostejši rak žensk (9).

Zaradi svoje pogostosti je rak dojk seveda velik zdravstveni problem in je zato predmet številnih raziskav. Preučevanje nevarnostnih dejavnikov, povezanih z zbolevanjem za rakom dojk, je eno od pomembnejših področij v boju s to boleznijo (9).

DEMOGRAFSKI DEJAVNIKI:

- Spol

Rak dojke je predvsem bolezen žensk, čeprav ne izključno. Približno 1 % vseh rakov dojk je najdenih pri moških; posebno velika verjetnost zanj je pri nosilcih mutacije gena BRCA2 (9).

- Starost

Ogroženost za rakom dojk raste s starostjo. Bolezen je zelo redka pri mlajših od 25 let (pod 10/100.000), njena incidenca pa se do starosti 45 let poveča tudi do 100-krat. Zanimivo je, da se v razvitih deželah incidenca veča s starostjo, medtem ko v nekaterih nerazvitih po 45. letu pada (9).

- Družbenoekonomske okoliščine

Bolezen je mnogo pogostejša v razvitih državah. Razlike so posledica dednih faktorjev in drugačnega življenjskega sloga. Epidemiološke raziskave med priseljenkami v razvitih državah so pokazale, da se njihova ogroženost z rakom dojk poveča že v 10 letih po preselitvi, v eni generaciji do dveh pa postane povsem enaka, kot velja za vse ženske v novi domovini (9).

PRODUKTIVNI FAKTORJI:

- Starost ob menarhi

Zgodnja menarha (npr. pred 12. letom v primerjavi s 14. letom) zveča ogroženost za rakom dojk za 10 % do 20 %, najverjetneje zato, ker zgodnja menarha pomeni daljšo izpostavljenost epitelijskih celic dojke estrogenom in progesteronu (9).

- Pozna menopavza

Pozna menopavza izpostavi dojko večjemu številu menstruacijskih ciklusov in zveča ogroženost za rakom dojke za 3 % za vsako leto podaljšanja premenopavze (9).

- Rodnost

Rak dojke ogroža ženske, ki niso nikoli rodile, za 20 do 70 % bolj kot tiste, ki so rodile. Bolj so ogrožene tudi ženske, ki so prvič rodile po 30. letu – kar dvakrat bolj kot tiste, ki so prvič rodile po 35. letu in bolj ogrožene kot tiste, ki niso nikoli rodile. Omeniti je treba tudi zaščito učinka dojenja, in sicer okoli 4 % na leto dojenja; vsako novo dojenje zmanjša ogroženost še za 7 % (9).

Brez odgovora ostaja vprašanje, kako na ogroženost raka dojk vplivata spontani in predvsem umetni splav. Nekatere raziskave so pokazale, da se z eno ali drugo vrsto splava ali pa tudi z obema nevarnost za raka dojke veča, druge, da se zmanjša, tretje, da se ne spremeni ali pa da je za raka dojke pomemben le splav pred prvim porodom (9).

EKSOGENI DEJAVNIKI:

- Oralni kontraceptivi in nadomestno zdravljenje menopavzalnih težav s hormoni

Po letu 1980 so zaskrbljenost povzročile nekatere raziskave, v katerih so opazili večjo nevarnost raka dojk pri jemalkah kontracepcijskih tablet, ki so zbolele mlade (pred 46. letom starosti). Pomembno je postalo vprašanje, ali ta večja ogroženost spremlja ženske tudi v kasnejše življenjsko obdobje, ko se povečuje osnovna ogroženost in bi zato lahko bile javnozdravstvene posledice jemanja tablet precej večje. Zato je leta 1992 skupina epidemiologov v Kraljevem skladu za raziskovanje raka (*Imperial Cancer Research Fund*) v Oxfordu zbrala osnovne podatke večine tedaj narejenih epidemioloških raziskav in jih ponovno enotno obdelala. Dobili so jih od več kot 53.000 pacientk z rakom dojk in 100.000 zdravih žensk iz 54 raziskav; med njimi sta bili dve Slovenki. Izsledki skupne analize z veliko zanesljivostjo nakazujejo, da dolgoročnih posledic ni in da ženske, ki so kdajkoli jemale kontracepcijske tablete, najmanj 10 let po prenehanju niso nič bolj ogrožene z rakom dojk kot ženske, ki tablet niso nikoli jemale. Neznatno pa je nevarnost raka dojk povečana v času, ko ženske jemljejo tabletke in 10 let po tem, ko so jih opustile. Majhen porast števila rakov, ki jih odkrijejo pri uporabnicah tablet, se priče kmalu po pričetku jemanja in nanj ne vpliva trajanje jemanja ali vrsta tablet. Zanimivo in pomembno pa je, da so raki, ki jih odkrijejo pri jemalkah, manj napredovali in nikoli razširjeni na druge organe, kar pomeni, da so bolj ozdravljivi. Analiza zbranih podatkov ne more razložiti, zakaj se pojavi presežek rakov v času jemanja tablet. Gotovo ne gre za sprožitev novih sprememb v genih, pač pa za pospeševalni učinek. Ugotovitev, da so tumorji, ki jih odkrijejo pri jemalkah, manj napredovali, lahko kaže na to, da so jemalke tablet bolj pozorne pri pregledovanju dojk in da bolezen odkrijejo prej v naravnem razvoju, kot bi jo, če na dojke ne bi bile dovolj pozorne. Danes ni mogoče reči, ali je presežek rakov med jemalkami posledica biološkega učinka ali le zgodnejše diagnoze.

V letu 1997 so bili objavljeni izsledki o hormonskem nadomestnem zdravljenju menopavznih težav. Podobno kot pri oralnih kontraceptivih se kaže neznatno večje relativno tveganje raka dojke pri ženskah v času jemanja hormonov in v obdobju od enega do četrtega leta po prenehanju jemanja nadomestnih hormonskih zdravil (10).

ŽIVLJENJSKI SLOG:**- Alkohol**

Številne analitične epidemiološke raziskave in njihove metaanalize nakazujejo, da bi lahko bilo tudi pitje alkoholnih pijač povezano z rakom dojke. Vzročnost te zveze še ni dokončno priznana. Izsledki objavljene kohortne raziskave med 322.647 ženskami iz ZDA, Nizozemske, Švedske in Kanade kažejo, da so tiste, ki dnevno popijejo 30 do 60 g alkohola, za 40 % bolj ogrožene z rakom dojke kot abstinentke (9).

- Prehrana

Ogroženost z rakom dojke večja prehrana z veliko rdečega mesa in zlasti maščob (predvsem nenasičenih), manjša pa prehrana z veliko sadja in zelenjave (9).

- Debelost in telesna dejavnost

Debelost je pomemben nevarnostni dejavnik za raka dojk, še posebej pri postmenopavznih ženskah; za vsakih 5 kg nad najmanjšo težo v odrasli dobi se ogroženost poveča za 8 %. Tudi pri debelosti je verjetni mehanizem zvišana raven estrogena, ki nastaja v pomenopavznem obdobju v maščevju. Nasprotno pa je ogroženost pri debelih predmenopavznih ženskah manjša; zakaj, ni znano (9).

Dokazano je, da so ženske, ki so bile v puberteti in zgodnji odrasli dobi redno telesno dejavne, malo manj ogrožene z rakom dojk kot telesno nedejavne. Ker je telesna dejavnost v tem obdobju povezana s poznejšo menarho, je le-ta verjetno tudi v ozadju zaščitnega učinka telesne dejavnosti (9).

OSTALI NEVARNOSTNI DEJAVNIKI

Ženske, ki so že bile zdravljene zaradi raka dojke, postanejo z istim rakom dva do trikrat bolj ogrožene kot tiste, ki raka dojke še niso imele. Zbolijo lahko na isti dojki kot prvič, če ni bila v celoti odstranjena, ali pa na drugi. Večjo ogroženost lahko pripišemo dejavnikom, ki so delovali že pri nastanku prve bolezni (9).

Tveganje je večje, kadar obolevajo sorodniki prvega kolena, kadar je v družini zbolelo več sorodnikov in kadar so posamezniki čim mlajši, ko se bolezen pojavi. Dednih rakov dojke je okoli 5 do 10 %, pri veliki večini gre za mutacijo genov *BRCA 1* in *BRCA 2* (4).

Ženske s pretežno mamografsko gostimi dojkami (nad 75 %) so kar 5-krat bolj ogrožene z rakom dojke kot tiste, ki imajo manj kot 5 % dojk gostih. Ogroženost je večja v pred in po menopavzi (9).

Ženske, pri katerih so bile ugotovljene benigne bolezni dojk z atipijami, so do 5-krat bolj ogrožene z rakom dojk (9).

Ionizirajoče sevanje veča ogroženost z rakom dojk, in sicer v odvisnosti od doze. Pri sodobni mamografiji je sevanje šibko, tako da koristi mamografije daleč presegajo morebitne slabe posledice obsevanosti (9).

3.2 VRSTE RAKA NA DOJKI

3.2.1 GLEDE NA AGRESIVNOST, ZASEJANJE DELIMO RAK DOJKE :

NEINVAZIVNI, IN-SITU KARCINOM

Novaković et al. pravijo, da neinvazivni rak dojk, strogo gledano, ni pravi rak. Nima namreč izraženih dveh temeljnih značilnosti epitelijskih rakov, sposobnosti preboja bazalne membrane in ustvarjanja metastaz v oddaljenih tkivih. Omejen je na intraepitelijsko rast malignih celic. Ločimo dve podskupini: duktalni karcinom in situ (*DCIS*) ter lobularni karcinom in situ (*LCIS*). Tudi neinvazivni rak je heterogena bolezen, ki se loči po vzorcu mutacij genov, malignostni stopnji, hormonski odzivnosti, hitrosti rasti in verjetnosti ter hitrosti prehoda v invazivni rak ter s tem povezano prognozo in načinom življenja. Prav zaradi visoke verjetnosti prehoda v pravo (invazivno) obliko ga je treba zdraviti. Eden od večjih nerešenih izzivov v obravnavi neinvazivnega raka dojk danes je prav prepoznavanje tistih

neinvazivnih rakov, ki bodo rasli naprej in napredovali v invazivno obliko. Mnogo obeta analiza vzorcev genskih mutacij (genski podpis), ki pa trenutno ne omogoča zanesljive prepoznave. Za *DCIS* je značilno, da zraste iz celic duktalnega epitelijskega terminalnih duktusov v terminalni lobulo-duktralni enoti, medtem ko *LCIS* zraste v terminalni lobuloduktalni enoti. *LCIS* se razlikuje od *DCIS* tudi po svojem malignostnem potencialu. Večinoma namreč predstavlja le marker siceršnje povečane ogroženosti za raka dojke pri ženski, kjer ga odkrijemo. Le nekatere oblike *LCIS* so predstopnja pravega raka (za razliko od *DCIS*, kjer je takih večina) in prav prepoznavanje teh oblik je predmet številnih raziskav (8).

INVAZIVNI KARCINOM

Večina invazivnih rakov dojke so adenokarcinomi, ki vzniknejo iz terminalnih duktusov. Invazivni raki so sposobni preboja bazalne membrane in vdora v stromo ter limfne in krvne žile in s tem razsoja.

Najpogostejše histopatološke različice invazivnih rakov so:

Infiltrativni duktalni karcinom, ki predstavlja okoli 75 % vseh invazivnih rakov. Pogosto je v večji ali manjši meri pridružen še *DCIS*. Infiltrativni duktalni karcinom ima v primerjavi z drugimi, redkejšimi oblikami raka dojke v poprečju nekoliko slabšo prognozo, ki pa je seveda močno odvisna od drugih značilnosti tumorja.

Infiltrativni lobularni karcinom predstavlja 5 do 10 % vseh invazivnih rakov. Za razliko od duktalnega, raste manj omejeno (difuzna rast). Pogostejše je multifokalen ali multicentričen, vzorec metastaziranja bolj neobičajen (npr. meninge, v trebušno votlino).

Tubularni karcinom predstavlja približno 2 % vseh rakov in ima odlično prognozo (8).

Medularni karcinom predstavlja okoli 5 % vseh rakov in je prognostično ugodna oblika raka, če ni mešan z invazivnim duktalnim.

Mucinozni karcinom predstavlja približno 3 % vseh rakov. Zanj je značilna obilna akumulacija zunajceličnega mucina. Prognostično je ugoden.

Pri histopatološki preiskavi invazivnih rakov dojke rutinsko določamo: velikost tumorja, histološki tip tumorja, malignostno stopnjo od 1 do 3 (klasifikacija WHO 2003), angio- in limfangiovazijo, izraženost hormonskih receptorjev (estrogenskih, progesteronskih) ter

stopnjo izraženosti *c-erb-B2*-receptorjev oziroma pomnožitev *HER-2* gena za ta receptor. Nekatere institucije določajo še nekatere druge lastnosti, ki pa niso obvezne, kot npr.: proliferacijski marker *Ki-67*, *uPa*, *PAI* in nekateri drugi. Precej obeta določanje genetskega podpisa, ki pa danes še ni v rutinski rabi (8).

3.2.2 GLEDE NA HISTOLOŠKO SLIKO

- a) duktalni (do 80 %),
- b) lobularni (do 14 %),
- c) specialni tipi (čisti ali v kombinaciji).

- 1 Ugodna prognoza (tubularni, papilarni, sekretorni, muciozni, krbriformni).
- 2 Slaba prognoza (komedo, anaplastični, vnetni).

3.2.3 GLEDE NA NAČIN ZDRAVLJENJA

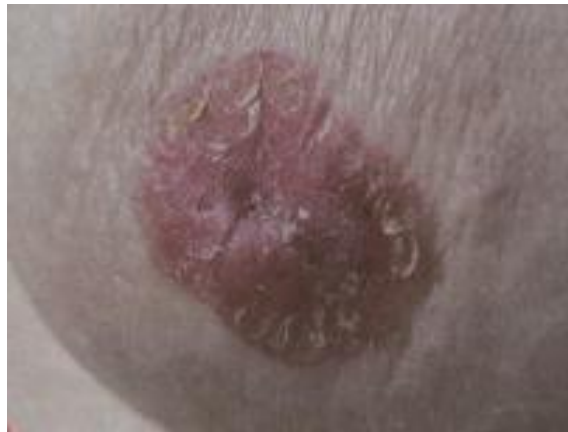
- a) neinvazivni,
- b) invazivni: -operabilni- zgodnja oblika,
- c) lokalno napredovali,
- d) metastatski (8).

3.3 ZNAKI IN SIMPTOMI

3.3.1 NEINVAZIVNI RAK

Neinvazivni rak dojk v veliki večini primerov nima klinične slike. Skoraj vedno ga odkrijemo s slikovno diagnostiko, predvsem z mamografijo. Prav zaradi tega je bil pred desetletji (pred dobo mamografskega presejanja) redka bolezen, danes pa predstavlja v državah z organiziranim presejanjem raka dojk do 35 % vseh odkritih rakov. Zelo redko ga lahko odkrijemo kot slabo omejen tumor v dojk, podoben invazivnem tumorju. Šele histopatološki pregled pokaže, da v takem tipnem tumorju ni invazivne komponente.

Pagetova bolezen je redka klinična oblika neinvazivnega raka dojk (*DCIS*). Histološko gre za neinvazivni rak dojk, ko maligne celice vdrejo v epidermis bradavice in kolobarja ter povzročajo značilno ekcematično spremenjen kolobar. Pogosto Pagetovo bolezen zato zmotno zdravijo kot dermatološko bolezen. Zdravimo ga kot sicer *DCIS*, prognoza pa je odvisna od morebitnega pridruženega invazivnega raka, ki spremlja Pagetovo bolezen v 50 % (8).



Slika 1: Pagetova bolezen (8).

3.3.2 INVAZIVNI RAK

Za invazivne rake je značilna lokalna rast in sposobnost zasevanja. Rak dojke zaseva limfogeno v področje bezgavke (pazdušne, ob notranji prsni arteriji in v nadključnični kotanji). Hematogeno najpogosteje zaseva v pljuča, jetra, kosti in možgane. Klinična slika je odvisna od velikosti primarnega tumorja, zasevanja v bezgavke, vraščanja v okolne strukture in od zasevkov v oddaljene organe (8).

3.3.3 ZGODNJI RAK DOJK (stadij I, II, III A)

Zgodnji rak dojk ali operabilni rak dojk je po definiciji omejen na dojko in pazdušne bezgavke. Klinična slika je odvisna od velikosti tumorja, histološkega tipa tumorja in morebitne prizadetosti pazdušnih bezgavk. Tipična klinična slika raka dojk obsega trdo, grčasto in praviloma nebolečo zatrdlino v dojk. Značilna je tudi spontana ali izzvana vdrta koža (*retrakcija*) nad tumorjem. Če tumor raste pod bradavico, jo lahko uvlači. Tipne so lahko povečane pazdušne bezgavke. Izcedek iz dojk (monoduktalen, serozen ali serohemoragičen) je lahko znamenje raka dojk. Poliduktalni, bilateralni izcedki, zlasti mlečni ali gosti, so le izjemoma znamenje raka dojk. Med zgodnje rake dojk sodi tudi netipni rak dojk, ki nima klinične slike in ga odkrijemo s slikovno diagnostiko (8).

3.3.4 LOKALNO NAPREDOVALI RAK DOJK (stadij III B)

To so raki, za katere so značilni velik tumor (večji kot 5 cm) in/ali povečane in med seboj zrasle pazdušne bezgavke ali nadključnične bezgavke. K tej skupini spadajo tudi raki, ki so eksulcerirani ali se vraščajo v okolna tkiva. Navzoča je lahko bolečina, odvisno od morebitnega vraščanja v okolna tkiva in/ali živce (8).



Slika 2: Lokalno napredovali rak dojk – eksulcerirani rak dojk (8).

3.3.5 VNETNI RAK DOJK

Je posebna oblika lokalnega napredovalega raka dojk, za katerega so značilni hiter klinični potek, pordela, edematozna in indurirana koža, ki daje vtis pomarančne kože. Tumor v dojki je slabo omejen in pogosto nejasno tipen. Klinično daje vtis vnetja dojke (8).



Slika 3: Vnetni rak dojk (8).

3.3.6 METASTATSKI RAK DOJK (stadij IV)

Klinična slika je odvisna od mesta in obsega zasevkov ter od s tem povezanega spektra kliničnih stanj (8).

3.4 KLASIFIKACIJA RAKA - TNM SISTEM

Z določitvijo stadija bolezni se dobi podatek o njeni razširjenosti. Rakave bolezni se večinoma razvrščajo po klasifikaciji TNM (tumor, nodus, metastasis) (10).

Preglednica 1: Klasifikacija raka - TNM sistem (4).

Stadij			
0	Tis	N0	M0
I	Ti		M0
IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
IIIB	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
IIIC	T (katerikoli)	N3	M0
IV	T (katerikoli)	N (katerikoli)	M0

Primarni tumor (T)

- TX – velikosti primarnega tumorja ni mogoče oceniti.
- T0 – ni znakov primarnega tumorja.

- Tis – karcinom in situ: intraduktalni karcinom, lobularni karcinom in situ, Pagetova bolezen bradavice brez invazivnega tumorja.
- T1 – tumor do vključno 2 cm v največjem premeru.
- T2 – tumor, večji od 2 cm in do vključno 5 cm v največjem premeru.
- T3 – tumor, večji od 5 cm v največjem premeru.
- T4 – tumor, ki se vrašča v steno prsnega koša ali kožo, kot sledi:
 - T4a – tumor, ki se vrašča v steno prsnega koša, vendar ne zajema pektoralne mišice.
 - T4b – edem (tudi »peau d'orange«) ali ulceracija kože dojke ali satelitni nodusi, omejeni na isto dojko.
 - T4c – oboje T4a in T4b.
 - T4d – vnetni karcinom.

Bezgavke (N)

- NX – bezgavke ne moremo oceniti;
- N0 – ni metastaz v regionalnih bezgavkah;
- N1 – metastaze v ipsilateralnih pazdušnih bezgavkah, ki so premične;
- N2 – metastaze v ipsilateralnih pazdušnih bezgavkah, ki so fiksirane ali zraščene z drugimi strukturami ali klinično zaznavne v ipsilateralnih bezgavkah ob arteriji mamariji interni ob odsotnosti klinično jasnih metastaz v pazdušnih bezgavkah;

- N3 – metastaze v ipsilateralni infraklavikularnih bezgavkah ali klinično zaznavne metastaze v ipsilateralnih bezgavkah ob arteriji mamariji interni v prisotnosti klinično jasnih metastaz v pazdušnih bezgavkah; ali metastaze v ipsilateralnih supraklavikularnih bezgavkah, z ali brez metastaz v pazdušnih bezgavkah ali ob arteriji mamariji interni.

Oddaljene metastaze (M)

MX – oddaljenih metastaz ni mogoče ugotoviti,

M0 – ni ugotovljenih metastaz,

M1 – oddaljene metastaze (4).

3.5 PREVENTIVA RAKA DOJK

Zbolevnost in umrljivost za rakom je mogoče zmanjšati s preventivnimi ukrepi na treh nivojih. S primarno, sekundarno in terciarno preventivo.

3.5.1 PRIMARNA PREVENTIVA

Primarna preventiva vključuje aktivnosti preprečevanja bolezni in invalidnosti. Namenjena je vsem ljudem, ki so fizično in emocionalno zdravi. Cilj primarne preventive je zmanjšati občutljivost posameznikov in populacije pred boleznijo in invalidnostjo. Aktivnosti primarne preventive lahko pomenijo promocijo zdravja, ki vključuje zdravstveno vzgojo, primeren standard prehranjenosti prilagojen različnim fazam življenja, obisk svetovalnih služb in vzgojo o zdravi spolnosti ter sistematične preglede (12).

3.5.2 PRIMARNA PREVENTIVA RAKA DOJKE

Primarna preventiva je preprečevanje zbolevanja za rakom dojke, ki obsega odkrivanje dejavnikov tveganja raka in zmanjševanje izpostavljenosti tem dejavnikom na najmanjšo možno mero. Zato si po eni stani prizadevamo z vzgojo in izobraževanjem, kako naj ljudje ravnajo, da si bodo zmanjšali ogroženost z rakom, po drugi strani pa z zakonodajo. Uspešnost na tem področju merimo z zmanjšanjem incidence raka (13).

Reprodukivnim nevarnostnim dejavnikom raka dojke se je težko ali nemogoče izogniti. K preprečevanju raka dojke pa lahko pripomorejo vzdrževanje normalne telesne teže (predvsem po menopavzi), pravilna prehrana, telesna dejavnost in zmernost pri pitju alkoholnih pijač. Več študij preverja morebitno učinkovitost kemopreventive s tamoksifenom, retinoidi in agonisti gonadotropine sproščajočega hormona (10).

3.5.3 SEKUNDARNA PREVENTIVA

Sekundarna preventiva raka pomeni čim prejšnje odkrivanje raka ali njegovih predstopenj. Za zgodnjo diagnozo raka dojke sta pomembna samopregledovanje in klinični pregled dojk. V sekundarno preventivo sodi tudi presejanje, pregledovanje žensk z mamografijo, da bi med tistimi brez kliničnih težav odkrili tiste, pri katerih je velika verjetnost, da imajo preinvazivno ali zgodnjo invazivno obliko raka. Merilo za učinkovitost presejanja je zmanjšanje umrljivosti med redno pregledovanimi ženskami (10).

V onkološko sekundarno preventivo uvrščamo dejavnosti, s katerimi iščemo predrakave ali začetne rakave spremembe. Ključna javnozdravstvena ukrepa na tem področju sta zgodnje odkrivanje in presejanje (8).

Med ukrepe za zgodnje odkrivanje raka uvrščamo vse tiste, ki pomagajo pri čim hitrejšem odkrivanju bolezni, ki se je že izrazila s kliničnimi znaki. Tako se v populaciji poveča delež pacientov z zgodnjimi stadiji bolezni, zmanjša pa se delež tistih z napredovalo boleznijo (8).

Presejanje pomeni uporabo čim preprostejših preiskav, ko pri ljudeh brez kliničnih težav odkrijejo tiste, pri katerih je velika verjetnost, da imajo predinvazijsko ali zgodnjo invazijsko obliko raka, oziroma so izpostavljeni dejavniku tveganja, za katerega je znano, da z veliko verjetnostjo povzroča raka. V angleščini za tak način odkrivanja raka uporabljajo izraz *screening*, v slovenščini pa se uveljavlja prevod presejanje, saj take preiskave s sitom izmed navidezno zdravih izločijo tiste, ki bi lahko bili bolni; v bistvu gre za preventivne preglede (8).

3.5.4 DORA – DRŽAVNI PRESEJALNI PROGRAM ZA RAKA DOJK

DORA je državni program presejanja za raka dojk, ki ga organizira Onkološki inštitut v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Program Dora omogoča vsem ženskam z vnaprejšnjim vabljenjem med 50. in 69. letom starosti pregled z mamografijo, kjer gre za slikanje dojk z rentgenskimi žarki.

Program je namenjen vsem ženskam med 50. in 69. letom, saj je to obdobje, ko je največja verjetnost, da zbolijo za rakom dojk. Ženske pred 50. letom in po 70. letu vabil na presejalno mamografijo ne bodo prejele, saj je rak dojk pri omenjeni starosti redkejši. Kljub temu pa so potrebni redni pregledi, na katere ženske napotita ginekolog ali osebni zdravnik.

Za rakom dojk lahko zbolijo vsaka ženska, še bolj dovzetne za to bolezen pa so ženske po 50. letu starosti. Včasih ni opaznih znakov raka dojk, čeprav so ženske v življenjskem obdobju, ko mnoge zbolijo za to obliko raka. Prav zato je presejalna mamografija pomembna, saj je z njo mogoče odkriti bolezenske spremembe, ki še niso tako velike, da bi jih lahko zatipali. Zato projekt DORA ženskam med 50. in 69. letom starosti omogoča mamografski pregled na vsaki dve leti (14).

3.5.5 TERCIARNA PREVENTIVA RAKA DOJKE

Kakovostno specifično in paliativno zdravljenje tudi prispeva k zmanjševanju umrljivosti za rakom oziroma k bolj kakovostnejšemu življenju pacientov z rakom. Nove metode zdravljenja so pomembno izboljšale uspešnost zdravljenja nekaterih vrst raka, pomembno pa je tudi izboljšanje sredstev za zmanjševanje stranskih ukrepov zdravljenja s citostatiki in za lajšanje bolečin (15).

3.5.6 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI PREPREČEVANJU RAKA DOJKE

Kumar poudarja, da so naloge medicinske sestre različne, odvisne od tega, v kateri dejavnosti so zaposlene. Na področju primarne preventive je pomembno, da se medicinske sestre posvečajo vzgajanju in izobraževanju žensk, in sicer:

- da jih učijo razpoznati bolezenske znake, ki lahko pomenijo, da gre za raka in jih opozarjati, da nemudoma obiščejo zdravnika,
- da jih naučijo samopregledovanja telesa in dojk za odkrivanje možnih znakov raka,
- da jih opozarjajo na potrebo rednih samopregledov in kontrolnih zdravniških pregledov, usmerjenih v odkrivanje raka, zlasti rizičnih skupin žensk, čeprav same ne opazijo nikakršnih znakov bolezni (16).

Boj proti raku naj postane sestavni del našega življenja, kajti vsakdo si mora prizadevati, da bo odgovoren za svoje zdravje. To pa velja še zlasti za zdravstvene delavce, ki naj s svojim zgledom in motivacijo vplivajo na druge (16).

3.5.7 SAMOPREGLEDOVANJE DOJK

Samopregledovanje dojk je iskanje in zgodnje odkrivanje sprememb v zdravih dojkah. Ženske, ki so že bile operirane zaradi raka dojke, pa nikakor ne smejo opustiti te detekcije. Velikokrat ženska sama najde spremembo v dojki povsem naključno. Od njene osveščenosti in čustvene reakcije je odvisno, kdaj se bo odločila za obisk pri zdravniku (16).

Najugodnejši čas za samopregled je okrog desetega dneva po prvem dnevu menstruacije in enkrat mesečno, če je ženska v menopavzi ali po histerektomiji. Ženska se lahko opazuje pred ogledalom, med prhanjem ali v ležečem položaju. Pri tem izvaja različne načine samopregledovanja. Najboljša sta sistem štirih kvadrantov in tipanje dojk v koncentričnih krogih ali vzdolžnih potegih (16).

Ženska mora biti pozorna na:

- spremembe na koži (barva, rdečica, hrapavost, izbočenost ali upognjenost kože),
- spremembe kože ob gibanju dojk, dviganju in spuščanju rok,
- bradavico (obliko, gibljivost, morebitni izcedek, ki ni v povezavi z nosečnostjo ali dojenjem),
- različne vozličke in tumorje, njihovo velikost, omejenost in trdoto,
- bezgavke v pazduhah in nad ključnico (16).

Pri odkrivanju raka dojk je bistvena motivacija za samopregledovanje dojk. Samopreiskava je kot že napisano najpreprostejša in najcenejša detekcijska dejavnost, ki naj bi jo gojila vsaka ženska, ko dopolni dvajseto leto starosti. Z rednimi mesečnimi pregledi bo hitro opazila spremembe v tkivu dojk (16).

Vsaka zatrdlina v dojki ni rak. Vendar mora ženska presojo o tem prepustiti zdravniku, ki bo z nebolečimi preiskavami opredelil naravne spremembe. Nenevarne zatrdline pogosto najdemo samo pri zelo mladih ženskah (navadno so to fibroadenomi). Cistične spremembe najdemo pogosteje pri ženskah okoli 40. leta starosti, medtem ko je rak dojke pogostejši pri starejših. Podatki kažejo, da se rak dojke čedalje pogosteje pojavlja tudi pri mlajši populaciji, kar prognostično ni ugodno (16).

Potek samopregleda:

- Ženska slečena do pasu stopi pred ogledalo. Z rokami, spuščenimi ob telesu, si najprej ogleda obe dojki. Pozorna je na spremembe na koži in bradavici.
- Nato dvigne roki nad glavo in opazuje, če se katera od sprememb morda pokaže šele tedaj. Pazi na morebitno retrakcijo kože ali bradavice.
- Nato leže vznak in iztegne roko nad glavo. Pod ramo na strani dojke, ki si jo pregleduje, ima blazino ali zvito brisačo. V mislih si dojko »razdeli« na štiri kvadrante. Z iztegnjenimi prsti druge roke si postopoma pretipa zgornji notranji kvadrant od prsnice proti bradavici, nato pa še okolico bradavice same.
- Nadaljuje s pritiskom tkiva dojke ob prsni koš v področje notranjega spodnjega kvadranta od prsnice proti bradavici.
- Zatem položi roko ob bok in začne s tipanjem zgornjega zunanega kvadranta od pazduhe proti bradavici. Na tem mestu naj se zadrži najdlje, ker se tu rak najpogosteje pojavlja.
- Nazadnje pregleda še spodnji zunanji kvadrant ter pazdušno kotanjo. Na isti način si pregleda še drugo dojko. Zelo priljubljena metoda samopregleda je pod prho (16).

Iz naše prakse vemo, da se v boju proti raku najprej »zatakne« ravno pri tej osnovni detekciji, to je pri samopregledovanju. Večina žensk si dojk sploh ne pregleduje, navzlic pogostim informacijam o prednostih te preiskave. In to kljub temu, da je dojka najlažje dostopen organ tako našim rokam kot ostalim diagnostičnim metodam.

Zakaj si ženske ne pregledujejo dojk je pokazala neka ameriška anketa, po kateri ženske:

- ne zaupajo svojim rokam;
- ne znajo se pregledati, ker o tem niso poučene;
- se bojijo, da ne bi kaj odkrile;
- mislijo, da so premlade, da bi zbolele za rakom dojke (16).

3.6 DIAGNOSTIKA

Pravilen diagnostični postopek obsega anamnezo in t. i. trojno diagnostiko (angl. *Triple assessment*). Pri anamnezi posvečamo posebno pozornost onkološki družinski anamnezi in ginekološki anamnezi. Natančno povprašamo glede uporabe hormonske kontracepcije in hormonskega nadomestnega zdravljenja. Trojna diagnostika obsega klinični pregled, slikovno diagnostiko in patomorfološko diagnostiko. To ne velja za presejanje za raka dojke, pri katerem uporabljamo mamografijo (8).

3.6.1 KLINIČNI PREGLED

Je prva in najpomembnejša metoda v diagnostiki bolezni dojk. Vsebuje štiri faze: anamnezo, inspekcijo in palpacijo, zaključek ter zamejitev bolezni, v kolikor ugotovimo, da gre za raka dojke. Je osnova za odločitev o nadaljnjem postopku; lahko se določimo le za ponovne kontrole ali pa niti to ne, lahko za mamografijo, citološko punkcijo, dostikrat pa lahko že po samem kliničnem pregledu sklepamo, da bo potrebno kirurško ali kombinirano zdravljenje raka dojke (10).

Anamneza je usmerjena na iskanje dejavnikov tveganja za raka dojke, kot so:

1. Družinska obremenjenost, predvsem rak dojke po materini strani.
2. Podatki iz ginekološke anamneze (zgodnja menarha, pozna menarha, nulipara, kasen prvi porod (10).

Pri pregledu je treba upoštevati tudi:

1. Starost – raka dojk do dvajsetega leta praktično ni, pred tridesetim letom pa je izjemno redek.
2. Čas v menstruacijskem ciklusu preiskovanke med pregledom: najboljši čas za pregled je v sredini ciklusa, ko je v dojkah najmanj vozlov in so te najmanj boleče.
3. Posebne primere, na primer nosečnost, takrat je pregled dojk dosti manj zanesljiv (10).

Najpogostejše težave, zaradi katerih pridejo ženske k zdravniku na pregled dojk, so:

1. Bolečine v dojkah: bolečine med mesečnim perilom oziroma pred njim, brez zveze z mesečnim perilom ali stalne bolečine v dojkah. Same bolečine v dojkah brez drugih znakov praviloma ne pomenijo nič slabega.
2. Zatrdlina v dojki: zatrdlina v dojki, ki se spreminja (raste in se manjša), praviloma z menstruacijskim ciklusom, je navadno le mastopatični vozle. Pri zatrdlini, *ki se ne spreminja* ali celo *raste, moramo pomisliti na raka*. Taka zatrdlina praviloma tudi *ne boli*.
3. Izcedek: izcedek, podoben mleku ali serozen, iz obeh dojk, tudi izven dojenja, ponavadi ni slab znak. *Krvav izcedek* pa je nasprotno lahko *znak raka*. Ta je praviloma samo iz ene dojke (10).

3.6.2 SLIKOVNA DIAGNOSTIKA

V slikovni diagnostiki uporabljamo več različnih slikovnih metod, od katerih ima vsaka svojo indikacijo (8).

Mamografija je temeljna slikovna preiskava v diagnostiki raka dojk, vse druge preiskave so dopolnilne. Mamografija je rentgenska metoda. Danes uporabljamo tako analogno (slikanje na film) kot digitalno mamografijo. Slednja se, kljub višji ceni, vse bolj uveljavlja (8).

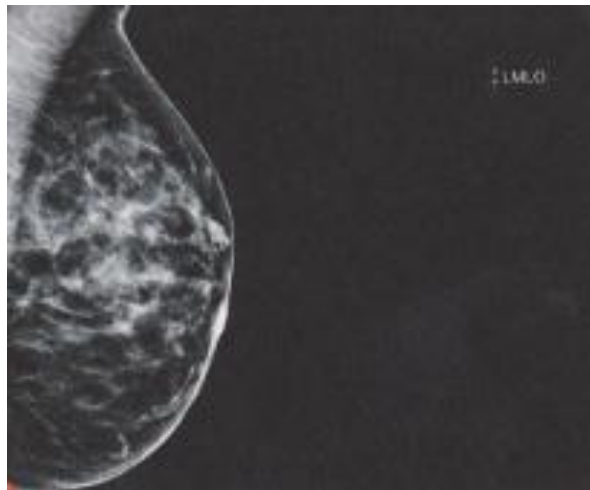
Z njo je mogoče odkriti drobne, klinično nezaznavne rakave spremembe, ki jih ne odkrije nobena druga metoda (6).

Temeljni projekciji sta poševna (*medio-lateral-oblique-MLO*) in navpična (*cranio-caudal-CC*). Slikanje se, tako kot praviloma vse preiskave na dojkah, opravi med osmim in dvanajstim dnevom menstrualnega ciklusa (4).

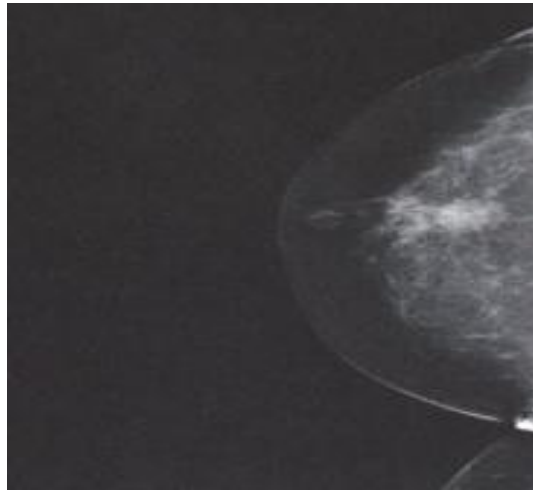
Mamografija je indicirana pri:

- tipljivih lezijah pri ženskah nad 35. letom starosti,
- vedno, kadar je potrjena diagnoza raka dojk s patomorfološko preiskavo ne glede na starost bolnice,
- z mamografsko vodeno biopsijo z debelo iglo, vakuumsko asistirano biopsijo ali ABTI (8).

Na rentgenski sliki ali mamogramu dobimo črno ali belo sliko posameznih vrst tkiva, podobno kot na nebarvni fotografiji. Ta črno-bela slika se pri ženskah zelo razlikuje, celo pri isti ženski je v različnih življenjskih obdobjih drugačna. Tako mamograme lahko enačimo s prstnimi odtisi, ki pa so pri vsaki preiskovanki nekoliko drugačni. Tudi bolezenske spremembe se kažejo na več različnih načinov in so lahko znaki nerakavih sprememb, ki so podobni rakavim spremembam ter obratno. Zato je ocenjevanje mamogramov velikokrat težavna naloga (Jančar, 2009).



Slika 4: Mamografija: mikrokalcinacije značilne za neinvazivni rak dojke (8).



Slika 5: Mamografija: invazivni rak dojk (8).

Kakšen bo mamograf in ali bodo na njem lahko opazili bolezenske spremembe, je poleg tehnične kakovosti preiskave odvisno tudi od vsebnosti tkiva pregledane dojke. Mlade dojke, ki vsebujejo veliko žleznega tkiva in malo maščevja, dajejo značilno sliko gostega, dokaj homogenega tkiva, v katerem ni mogoče razlikovati podrobnosti. Z leti staranja se pojavlja vedno več maščobnega tkiva, zato dobimo precej bolj jasne slike. V menopavzi in po njej, ko v dojki prevladuje maščobno tkivo, pa je mamogram bolj jasen in na njem lahko vidimo spremembe manjše od pet milimetrov. Posebno skupino predstavljajo ženske, ki v menopavzi prejemajo hormonsko nadomestno zdravljenje. To povzroča ponovno rast žleznega tkiva, zato je njihov mamogram podoben dojkam mlajših žensk in vsebuje gostejše tkivo z manj maščob (6).

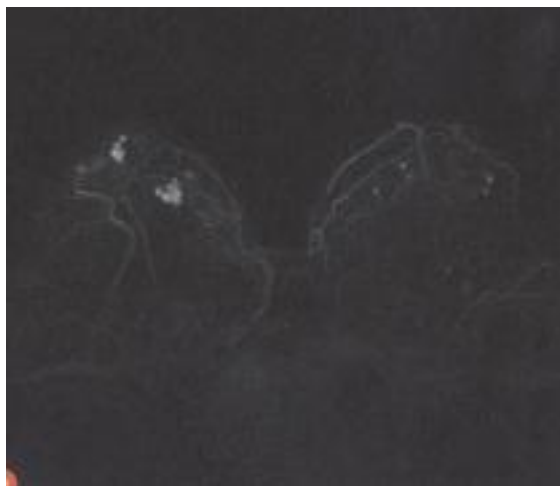
Ultrazvok je dopolnilna diagnostična metoda in se uporablja pri ženskah mlajših od 35 let, za ločevanje med solidnimi in cističnimi tumorji dojke in za prikaz mamografsko nepregledanih dojk. Z ultrazvokom lahko ocenimo tudi stanje pazdušnih bezgavk, npr. pri pacientkah, ki so predvidene za biopsijo varovalne bezgavke. Poleg tega lahko pod kontrolo ultrazvoka opravimo tanko- in široko-igelne biopsije ter vakuumsko aspiracijo nekaterih tumorjev (4).



Slika 6: Ultrazvok: invazivni rak dojk (8).

Magnetna resonanca se je zadnja uveljavila kot slikovna metoda. Zaradi zahtevnosti, dolgotrajnosti, cene in omejene dostopnosti jo uporabljamo samo v izbranih primerih:

- za ločevanje brazgotin od raka,
- predoperativna izključitev morebitnega multifokalnega ali multicentričnega karcinoma v obeh dojkah pri mamografsko nepregledanih dojkah,
- pri raku neznanega izvora ob zasevkih v pazdušnih bezgavkah, ko iščem origo v dojki
- po rekonstrukciji dojke s silikonskimi vložki (po odstranitvi dojke zaradi raka),
- pri nosilkah mutacij genov *BRCA 1* in *BRCA 2* (8).



Slika 7: MRI: invazivni rak dojk (8).

3.6.3 PATOMORFOLOŠKA BIOPSIJA

Za odločitev o najprimernejšem zdravljenju je ključnega pomena postavitve patomorfološke diagnoze. V nadaljevanju našteje tehnike lahko uporabljamo za tipne ali netipne tumorje. Pri netipnih lezijah uporabljamo ultrazvočno (UZ-), rentgensko ali *MRI*-kontrolno za lokalizacijo pred kirurško biopsijo oziroma za punkcije (8).

Kirurška biopsija, nekdanja osnovna metoda za postavitev diagnoze se v Evropi le redko uporablja v sodobne namene zdravljenja raka dojke. Kirurško biopsijo uporabljamo le, kadar s tanko ali debeloigelnno punkcijo ne uspemo postaviti diagnoze (8).

Aspiracijska biopsija s tanko iglo (*ABT*) ali citološka punkcija omogoča zanesljivo postavitev diagnoze predvsem pri tipljivih lezijah. Prednosti metode so hitrost, nebolečnost, nizka cena. Slabosti: zahteva po dodatno izobraženem kadru, nezmožnost ločiti invazivne od neinvazivnih oblik raka, nezmožnost določitve malignostne stopnje (8).

Prednosti punkcije z debelo iglo (*PDI*) sta histološki izvid in to, da je primernejša za netipne lezije. Slabosti sta: višja cena, večja verjetnost krvavitve (8).

Vakuumsko asistirana biopsija omogoča večje število vzorcev tkiva v primerjavi z drugimi metodami, zato je najzanesljivejša diagnostična metoda netipnih sprememb. Posebna igla, ki jo le enkrat vstavimo ob tumor, ki nato tkiva podtlak naprave enega za drugim odstranjuje. Slabost tehnike je predvsem visoka cena naprave in potrošnega materiala ter histološkega pregleda (8).

3.7 ZDRAVLJENJE RAKA DOJKE

Pri zdravljenju raka dojke uporabljamo vse tri načine onkološkega zdravljenja: kirurško, obsevanje in sistemsko zdravljenje. Izbira zdravljenja, kombinacija zdravljenj in vrstni red pa so odvisni od namena zdravljenja, od značilnosti ter razširjenosti bolezni in od stanja ter želje pacientke (8).

3.7.1 KIRURŠKO ZDRAVLJENJE

Vrsta kirurškega posega je odvisna od velikosti tumorja, razmerja med velikostjo tumorja in velikostjo dojke, lege tumorja in splošnega stanja pacientke. Operativni posegi v dojki so:

- odstranitev tumorja – *tumorektomija*,
- resekcija tumorja – *segmentektomija*,
- odstranitev dojke – *mastektomija*,
- izpraznitev tkiva aksile – *evakuacija oziroma disekcija aksile*,
- biopsija varovalne bezgavke – *sentinel node biopsy* (4).

Kirurško zdravljenje raka dojke se razlikuje glede na začetni stadij bolezni. Naloga kirurga je, da z operacijo odstrani čim več rakavega tkiva. Še pred dobrimi 30. leti je diagnoza raka dojke pomenila odstranitev celotne dojke z veliko prsno mišico in bezgavkami v pazduhi. Danes vemo, da v večini primerov to ni potrebno, zato se stremi k čim manjšim operacijam, da bi bil kozmetični videz po njih čim boljši. Tako delimo operacije v dve skupini – pri prvih se ohrani dojko (ohranjevalne ali konzervirajoče), pri drugih pa gre za odstranitev cele dojke (*mastektomije*) (17).

3.7.2 OHRANJEVALNE ALI KONZERVIRAJOČE OPERACIJE

Operacije, pri katerih dojko ohranimo, se imenujejo ohranitvene ali konzervirajoče operacije.

Kontraindikacije za takšne posege so:

- več tumorjev v različnih kvadrantih dojke,
- difuzna rast dojke,
- veliki tumorji oziroma neugodno razmerje med velikostjo tumorja in dojke,
- stanje po predhodnem obsevanju,
- nosečnost (ker je kontraindicirano obsevanje, razen kadar operiramo v zadnjem trimesečju in obsevamo po porodu),
- sistemske bolezni veziva (zaradi zapletov po obsevanju) in
- nesoglasje pacientke za obsevanje.

Če gre za naštetе kontraindikacije, je potrebno odstraniti celo dojko (4).

Pri teh operacijah se odstrani samo tumor s plastjo zdravega tkiva okrog njega. To plast imenujemo varnostni rob. Po svetu in pri nas se uporablja za to različna imena: tumorektomija, delna ali segmentalna mastektomija in kvadrantektomija (17).



Slika 8: Kirurško zdravljenje z ohranitvijo dojke (8).

Pri tumorektomiji se odstrani iz dojke tumor s približno 1 cm debelo plastjo zdravega tkiva – z varnostnim pasom. Dojka po operaciji ohrani svojo prvotno obliko in velikost (17).

Netipljive tumorje, ki so premajhni, da bi jih lahko zatipali, se odkrije z mamografijo ali ultrazvokom. Pred operacijo lego tumorja označimo z žličko ali izotopom. Kirurg odstrani označeni del dojke z varnostnim plaščem. Pri invazivnih tumorjih odstrani tudi istostranske pazdušne bezgavke ali samo varovalno bezgavko (7).

Pri kvadrantektomiji se odstrani približno četrtino dojke. Dojka je po operaciji nekoliko manjša in drugače oblikovana kot zdrava, brazgotina pa večja kot pri tumorektomiji. Pri obeh operacijah (tumorektomiji in kvadrantektomiji) se skozi poseben, majhen rez v pazduhi odstrani in pošlje na pregled varovalno bezgavko. Če patolog v njej najde celice raka, se rez nekoliko poveča in se odstrani še ostale pazdušne bezgavke (17).

MASTEKTOMIJA – OPERACIJA Z ODSTRANITVIJO CELOTNE DOJKE

Operacije z odstranitvijo celotne dojke so: *mastektomija*, *modificirana radikalna mastektomija*, *radikalna mastektomija* in »*skin – sparing*« *mastektomija*. Po teh operacijah obsevanje ponavadi ni potrebno.

Taka operacija je indicirana:

- kadar je dojka majhna ali tumor prevelik, da bi z manjšo operacijo lahko dosegli zadovoljiv kozmetični učinek,
- kadar se tumor vrašča v prsno bradavico,
- kadar je v dojki več tumorjev,
- kadar je prizadeta dojka že bila obsevana,
- kadar je pacientka noseča in ne sme biti obsevana,
- kadar pacientka to želi.

Kadar je rak invaziven, se pri vseh naštetih operacijah odstrani in pregleda varovalno bezgavko (17).

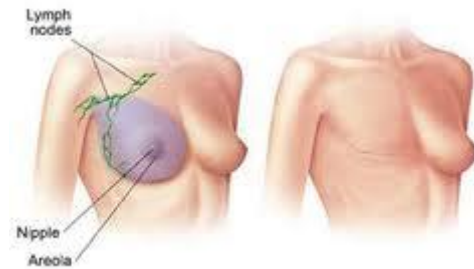
Pri enostavni mastektomiji se odstrani celo dojko s kožo in prsno bradavico, ne odstrani pa se pazdušnih bezgavk. Primerna je za pacientke, ki imajo neinvazivni duktalni rak na večih mestih v dojki. Po njej je prsni koš na operirani strani raven, brazgotina pa poteka prečno (17).

Pri modificirani radikalni mastektomiji se odstrani dojko s kožo in prsno bradavico, obenem pa še spodnji in srednji nivo pazdušnih bezgavk. Tudi po tej operaciji je prsni koš na operirani strani raven, brazgotina pa nekoliko daljša kot pri enostavni mastektomiji (17).



Slika 9: Modificirana radikalna mastektomija (18).

Radikalna mastektomija je obsežna operacija, pri kateri se poleg dojke in pazdušnih bezgavk odstrani še veliko prsno mišico, se dandanes naredi le redko; le takrat kadar se tumor vrašča v prsno mišico (17).



Slika 10: Mastektomija (19).

»Skin – sparing« mastektomija je operacija, pri kateri se odstrani žlezno tkivo in maščevje dojke, prsno bradavico in po potrebi tudi pazdušne bezgavke. Naredi se takrat, kadar se načrtuje takojšnja rekonstrukcija z režnjem ali vsadkom, ker rekonstruktivni kirurg tako lažje lepo oblikuje dojko. Ker za rekonstrukcijo ne potrebuje veliko kože, je manjša tudi brazgotina na mestu odvzema režnja. Te operacije se ne opravlja pri vnetnem raku dojke ali kadar se tumor vrašča v kožo (17).



Slika 11: Bilateralna mastektomija; levo radikalna mastektomija z odstranitvijo obeh prsnih mišic – desno modificirana radikalna mastektomija (8).

Po odstranitvi cele dojke se priporoča zunanja proteza, ki se lahko vstavi v nedrček ali pričvrsti na kožo. Velikost, teža in oblika proteze ustrezajo drugi dojki. Nošenje proteze preprečuje krivljenje hrbtenice zaradi neenakomerne obremenitve po odstranitvi dojke na eni strani.

Po odstranitvi cele dojke je na željo pacientke mogoča tudi kirurška rekonstrukcija dojke. Opravi jo lahko kirurg takoj ob odstranitvi dojke (takojšnja rekonstrukcija) ali pozneje z drugo operacijo.

3.7.3 OPERACIJA PAZDUŠNIH BEZGAVK

Pri invazivnih tumorjih se odstrani tudi istostranske pazdušne bezgavke ali samo varovalno bezgavko.

Odstranitev varovalne bezgavke je novost v zdravljenju raka dojke. Namen metode je ugotoviti, katere pacientke nimajo zasevkov v pazdušnih bezgavkah. Tem pacientkam se pazdušnih bezgavk ne odstrani in se jim prihrani posledice njihove odstranitve (7).

Varovalna bezgavka je prva bezgavka, v katero priteka limfa iz tumorja. Če je ta brez zasevkov, lahko z veliko verjetnostjo sklepamo, da so tudi ostale bezgavke negativne in tkiva pazduhe ni potrebno odstranjevati. Kadar zasevke potrdimo, moramo pazdušno tkivo odstraniti. Varovalno bezgavko identificiramo po dveh postopkih: radioizotopno (v tumor se do 24 ur pred posegom vbrizga z radioizotopom označen koloid) in z modrilom, ki ga vbrizgamo nekaj minut pred operacijo tik ob tumor (4).

Odločitev o zdravljenju je pogosto zapletena, zato so pri sprejemanju te odločitve pomembni vpliv in mnenje zdravnika ter želje same pacientke. Možnosti, ki jih ima pacientka o odločanju glede svojega zdravljenja, so odvisne od številnih dejavnikov. Ti vključujejo njeno starost, menopavzno stanje, lokacijo tumorja, velikost dojk ter razširjenost bolezni. Upoštevane so tudi določene značilnosti tumorskih celic (na primer ali je rast celic odvisna od hormonov ali ne). Najpomembnejši dejavnik pa predstavlja stopnja napredovanja bolezni (stadij), ki je določena glede na velikost tumorja ter glede na to, ali se je bolezen že razširila v področje bezgavke ali celo v oddaljene organe (7).

3.7.4 OBSEVALNO ZDRAVLJENJE (RADIOTERAPIJA) RAKA DOJKE

Več kot 80 % pacientk z rakom dojk je zdravljenih tudi z obsevanjem (8).

Dojko obsevamo po operaciji, da uničimo morebitne rakaste celice v dojki ter preprečimo lokalno ponovitev bolezni, in pri neoperabilnem raku dojk (4).

Obsevamo vse pacientke po ohranitvenih operacijah dojk, razen pacientk starejših od sedemdeset let z ugodnim patohistološkim izvidom. Po odstranitvi cele dojke obsevamo prsno steno kadar je bil tumor velik, kadar je tumor segal v kirurški rob in kadar so bile prizadete več kot tri pazdušne bezgavke (4).

Včasih je obsevanje blažilno (paliativno), in sicer pri lokalni ponovitvi bolezni ali kadar operacija ni možna. Obsevamo tudi metastaze v kosteh, možganih in metastatske bezgavke, ki pritiskajo na dihalne poti, velike žile ali živčne pleteže (4).

Obsevanje temelji na domnevi, da utegnejo po operaciji ostati v steni prsnega koša ali v pazduhi skrite tumorske celice, ki jih lahko učinkovito izkoreninimo z obsevanjem (19).

Obsevamo dnevno, ponavadi petkrat tedensko, okrog šest tednov. Pri običajni metodi z zunanjim snopom obsevamo celotno prizadeto dojko, včasih z dodatno dozo v predel tumorja (19).



Slika 12: Obsevanje prsne stene pacientk po mastektomiji (8).

Številne študije so pokazale pri pacientkah s tumorji *T3 in T4* in/ali več kot tremi zasevki v pazdušnih bezgavkah po *MRM* več lokalnih ponovitev bolezni in slabše preživetje pri neobsevanih pacientkah.

Prispevek obsevanja je predvsem pomemben pri mlajših pacientkah. Indikacija za obsevanje je prav tako po rekonstrukciji dojke (z režnjem ali silikonsko protezo), če je ta izvedena sočasno kot *MRM*. Pri pacientkah obsevamo prsno steno; tehnika obsevanja je enaka kot po ohranitvenem zdravljenju.

3.7.5 SISTEMSKO ZDRAVLJENJE

Sistemsko zdravljenje raka je zdravljenje z zdravili, ki dosežejo vsako rakavo celico v telesu. Maligni tumorji se od benignih tumorjev ločijo po tem, da celice malignega tumorja zasevajo v oddaljene organe. Tudi kadar je prvotni tumor še zelo majhen, obstaja verjetnost, da so posamezne rakave celice že prešle v limfne in krvne žile, se razširile po telesu in ugnezdile v posameznih oddaljenih organih. Samo s sistemskim zdravljenjem je mogoče te rakave celice v telesu uničiti in raka tudi ozdraviti (21).

Trenutno so na voljo tri vrste sistema zdravljenja raka: hormonsko, citostatsko in biološko zdravljenje. Sistemska zdravljenja se med seboj dopolnjujejo. Kombinacija citostatskega, hormonskega in/ali biološkega zdravljenja pogosto poveča učinkovitost celotnega zdravljenja (21).

Učinkovitost sistema zdravljenja je bila pri raku dojke najprej potrjena pri pacientkah z razsejano boleznijo. Glede na to se je predpostavljalo, da bo sistemsko zdravljenje učinkovalo tudi na mikrozasevke prisotne pri prvotnem zdravljenju in preprečilo kasnejši razvoj bolezni. Rezultati številnih kliničnih raziskav so to potrdili. Dopolnilna sistemska terapija zmanjša umrljivost za rakom dojke za 30 % in je danes del doktrinarnega zdravljenja operabilnega raka dojke. Uporabljamo hormonsko terapijo, kemoterapijo ali pa kombinacijo obeh (21).

Hormonsko zdravljenje je najstarejše sistemsko zdravljenje raka. Učinkovito je predvsem pri zdravljenju dveh rakov, ki vznikneta v hormonsko odvisnih tkivih, raka dojke in raka prostate (21).

Hormonska terapija je učinkovita zlasti pri postmenopavznih pacientkah in pri pacientkah s hormonsko odvisno boleznijo, medtem ko je kemoterapija učinkovita pri vseh pacientkah. Pri pacientkah s hormonsko odvisno boleznijo je smiselno kombinirano zdravljenje z kemoterapijo in hormonsko terapijo (21).

Rak dojke je na sistemsko terapijo občutljiva bolezen. Učinkovitost sistema zdravljenja je bila najprej potrjena pri pacientkah z razsejanim rakom dojke. Pri več kot polovici pacientk je mogoče s sistemsko terapijo doseči zmanjšanje ali popolno izginotje zasevkov. Uvedba radikalnih kirurških posegov je v prvi polovici tega stoletja značilno izboljšala preživetje pacientk z operabilnim rakom dojke, vendar pa so se navkljub zelo radikalnemu lokalnemu zdravljenju pri več kot polovici pacientk z leti pojavili oddaljeni zasevki. Glede na dokazano učinkovitost sistema zdravljenja pri metastatski bolezni se je predpostavljalo, da bo sistemsko zdravljenje učinkovalo tudi na mikrozasveke prisotne pri prvotnem zdravljenju in preprečilo kasnejši razvoj bolezni (21).

Citostatsko zdravljenje je najpogostejše uporabljeno sistemsko zdravljenje raka. Z uvedbo citostatskega zdravljenja v sredini prejšnjega stoletja je postal tudi napredovali rak ozdravljiva bolezen. Žal pa citostatsko zdravljenje ni uspešno pri vseh rakih (21).

O biološkem zdravljenju govorimo, kadar z zdravili vplivamo na biologijo rakavega tkiva ali pa na imunski odgovor organizma proti rakavim celicam. Med biološka zdravila štejemo: cepiva proti raku, imunomodulatorje (zdravila, ki povečajo imunski odgovor organizma proti raku) in tarčna zdravila za raka (21).

3.7.6 DOPOLNILNO (ADJUVANTNO) IN PREDOPERATIVNO (NEOADJUVANTNO) SISTEMSKO ZDRAVLJENJE

S sistemskim zdravljenjem lahko začnemo po operativni odstranitvi tumorja ter bezgavk ali pred njim. V prvem primeru govorimo o adjuvantnem (dopolnilnem) sistemskem zdravljenju, v drugem pa o neoadjuvantnem (predoperativnem) sistemskem zdravljenju. Danes vemo, da nudita oba načina enake možnosti ozdravitve, ob tem da predoperativno sistemsko zdravljenje nima večje možnosti ohranitvenih operacij dojk priporočljivih zlasti pri večjih tumorjih, pri katerih kot začetno zdravljenje ohranitvena kirurgija dojke ni mogoča (8).

Neoadjuvantno zdravljenje uporabljamo tudi pri lokalnih rakah dojke, ko takojšnje radikalno kirurško zdravljenje ni mogoče, in pri posebni obliki lokalno napredovalega raka dojke, vnetnem raku. V neoadjuvantnem zdravljenju danes večinoma uporabljamo citostatsko zdravljenje. Kot je razvidno iz številnih posameznih raziskav in iz večje metaanalize, ki jo je opravila *EBCTCG* (angl. *Early Breast Cancer Trialist Collaborative Group*), v katero je bilo zato vključenih več kot 145.000 žensk; dopolnilno zdravljenje s citostatiki zmanjša tveganje ponovitve bolezni in posledično smrt zaradi raka dojke za 28 % oziroma za 30 % pri pacientkah mlajših od 50 let in za 19 % oziroma 12 % pri pacientkah med 50. in 69. letom starosti (8).

3.8 CELOSTNA REHABILITACIJA PO MASTEKTOMIJI

Bolezen vedno prizadene človeka kot celoto, zato lahko s celotno obravnavo zagotavljamo optimalne možnosti zdravljenja in rehabilitacije. Rehabilitacija zajema človeka celovito s tem, ko se prepleta s svojimi tremi področji delovanja:

- medicinskim,
- psihosocialnim in
- poklicnim,

glede na dinamičen, multidisciplinaren proces, ki naj bi potekal že od diagnoze naprej, preko faze zdravljenja in okrevanja, do vrnitve v ožje in širše socialno okolje.

Pot okrevanja je za posamezno pacientko različno dolgo, odvisno od načina zdravljenja, njegovih neželenih učinkov ter telesnih in psihičnih posledic. Nekatere pacientke želijo čimprej pozabiti na raka in se vrniti v življenje in na delo, ki so ga opravljale pred boleznijo. Večina žensk zelo aktivno sodeluje v procesu rehabilitacije po tem, ko so resnično sprejele bolezen, njene posledice in morebitne omejitve (7).

3.8.1 PSIHOSOCIALNA REHABILITACIJA

Borštnar poudarja, da je cilj zdravljenja in rehabilitacije čim boljša kakovost življenja, zato je zelo pomembno prizadevanje za psihosocialno ravnovesje in ponovno prevzemanje želenih in pričakovanih socialnih vlog (7).

»Ko sem zbolela, sem bila čisto na tleh, čeprav sem telesno kar hitro okrevala. Vse bolj so me mučili občutki, da sem drugačna, nekoristna. Izogibala sem se ljudi. Domačih si nisem upala več obremenjevati s svojimi skrbmi. Splošni zdravnik je opazil mojo depresijo in me napotil na zdravljenje. Počasi sem začela gledati na »svojega raka« bolj optimistično. Pri tem mi je veliko pomagala tudi skupina za samopomoč « (7).

Socialno okolje pomembno vpliva na sprejemanje bolezni in tudi na potek rehabilitacije. Ti vplivi so lahko različni; niso vedno pozitivni in spodbujajoči (7).

3.8.2 FIZIKALNA REHABILITACIJA

Po operaciji dojke lahko nastanejo nekatere spremembe, kot so:

- slabša gibljivost ramenskega obroča in slabša moč roke na operirani strani,
- preobčutljivost, mravljinčenje in občutek mrtvinčenja na koži, kjer je bila odstranjena dojka,
- zaradi odstranjenih pazdušnih bezgavk je lahko moten limfni obtok, kar povzroči otekanje zgornje okončine na oprerirani strani.

Te težave so razen otekanja zgornje okončine, večinoma prehodne (7).

Da bi posledice operacije čim prej odpravili, je treba takoj začeti z razgibavanjem, najprej v bolnišnici, nato pa tudi doma. Z razgibavanjem roke in ramena je potrebno začeti že v bolnišnici pod vodstvom fizioterapevta. Da bi čim prej vzpostavili normalno gibljivost ramenskega obroča in pridobili prvotno mišično moč v rokah, je potrebno začeti z vajami že prve dni po operaciji, najprej kar v bolniški postelji in nato na stolu. Te vaje so individualne ob pomoči fizioterapevta.

Z njimi dosežejo pacientke prožnost mišic, razgibanost ramenskega obroča, boljše prekrvavljenost tkiva in s tem hitrejše celjenje rane ter preprečitev nastanka zarastlin (7).

Otekanje zgornje okončine na strani odstranjenih pazdušnih bezgavk je posledica motenega obtoka limfe zaradi odstranjenih pazdušnih bezgavk. Otekanje se navadno začne šele nekaj mesecev ali let po operaciji in brez ustreznega ukrepanja vodi v hude trajne otekline zgornje okončine. Oteklina zgornje okončine bistveno zmanjša delovno sposobnost in kakovostno življenje pacientk. Otekanje lahko pacientke preprečijo z rednim razgibavanjem in telovadbo, ko pa se oteklina že pojavi, je potrebna limfna drenaža. To je postopek, pri katerem fizioterapevt s pravilno masažo dobesedno iztisne tekočine iz otekle okončine. Za tem je treba redno nositi elastične rokavice, da se oteklina ne bi ponovila, čeprav je tudi to mogoče in takrat je treba limfne drenaže ponoviti. Limfna drenaža je zelo zahteven in težak poseg, ki ga obvladajo samo za to posebej izurjeni in izkušeni fizioterapevti. Kakršne koli navadne masaže ne zadoščajo in lahko celo škodijo (7).

3.8.3 NAVODILA PACIENTKAM Z LIMFEDEMOM V SPLOŠNI BOLNIŠNICI CELJE

Splošna navodila:

- izogibajte se prekomernemu pokrčevanju rok ali nog (komolci, kolena),
- izogibajte se možnosti poškodb s topimi ali ostrimi predmeti,
- ne dovolite nobenih injekcij ali akupunkturo na obolele roki ali nogi,
- ne dovolite odvzema krvi iz obolele roke,
- ne dovolite meriti krvnega tlaka na oboleli roki,
- nosite kompresijska oblačila,
- redno izvajajte vaje za odplavljanje edemov.

Telesna nega- higiena:

- redna osebna higiena,
- uporabljajte kozmetiko, ki ne draži kože ali povzroča alergije,
- pri prvih znakih gljivičnih obolenj (srbeča rdečica, razpoke med prsti, rumeni lomljivi nohti) se posvetujte z zdravnikom,
- nohte strizite ravno in pazljivo,
- ne poslužujte se nobenih klasičnih masaž,
- prizadetih delov ne izpostavljajte toploti (kopel, savna, tople kreme).

Prehrana:

- poskusite obdržati idealno težo ali jo pridobiti s pravilno prehrano in gibanjem,
- prehrana mora biti manj slana,
- kajenje in alkohol škodujeta zdravju, zato se jima izogibajte.

Obleka:

- nobeno oblačilo vas ne sme tiščati ali se zažirati v kožo,
- oblačite se udobno, v zračna in lahka oblačila,
- obutev naj bo udobna, z možnostjo reguliranja širine (vezalke), pete naj ne bodo višje kot 3 cm,
- ne nosite čevljev, ki ne prepuščajo zraka (gumijaste čevlje).

Šport:

- kljub edemu skrbite za telesno kondicijo (sprehodi),
- priporočljivo je zmerno plavanje, kolesarjenje,
- izogibajte se napornim športom (tenis, nogomet, smučanje, tek, veslanje, hoja v gore),
- odsvetujemo športe, pri katerih se veliko sedi (ribolov, šah).

Dopust:

- varujte se prekomerne vročine (sončenje),
- izogibajte se področij z vlažno klimo in veliko insekti,
- izogibajte se ugrizom in praskam domačih živali,
- pazite, da vas med vožnjo varnostni pas ne zateguje,
- pri daljših vožnjah si privoščite vmesne postanke.

3.8.4 POKLICNA REHABILITACIJA

Poklicna rehabilitacija je pomemben del celostne rehabilitacije za vse mlajše ženske. Že ob soočanju z boleznijo in njenim zdravljenjem je pri mnogih močno prisoten strah pred tem, da ne bodo več mogle opravljati svojega dela ali poklica, ki jim je bil v veselje ali pa morda že do zdaj v veliko breme.

Med zdravljenjem in okrevanjem večinoma odložijo te težave. Mnoge so razočarane, ko jim zdravniška komisija zaključi bolniški stalež, saj menijo, da zaradi številnih težav še niso zmožne za delo (7).

4 VLOGA MEDICINSKE SESTRE V CELOSTNI PRIPRAVI PACIENTKE NA OPERATIVNI POSEG

Sodobna medicinska sestra ima na področju zdravstvene nege pacientk z rakom dojke različne vloge. Vključena je v aktivnosti pri pripravi pacientke na operativni poseg, pri čemer gre za vzpostavljanje zaupnega odnosa s pacientko, informiranje pacientke, spodbujanje izražanja čustev, ugotavljanje temeljnih človekovih potreb in pomoč pri njihovem zadovoljevanju, odvzeme krvi za različne preiskave, preverjanje laboratorijskih izvidov, urejanje in pripravo vse potrebne dokumentacije. Tako pripomore k sestavi mozaika kakovostne in celostne obravnave pacientke v pripravi na operativni poseg. Medicinska sestra ugotavlja njene specifične individualne potrebe in sposobnosti za sodelovanje. Na podlagi pridobljenih anamnestičnih podatkov in ugotovljenih potreb napiše in izvede individualni negovalni načrt predoperativne priprave (22).

Hospitalizacija spremeni pacientkine običajne družbene in družinske vloge – postane odvisna od drugih, v bolnišnici izgubi stik in neprekinjeno čustveno podporo družine. Enako negotovost doživlja tudi pacientkina družina, ki je zaradi njene bolezni prav tako zaskrbljena in duševno obremenjena. Prijazen odnos do pacientke, omogočanje stikov s svojci ter domačnost bolnišničnega okolja imajo velik pomen pri pripravi na operativni poseg (23).

4.1 ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTKE V CELOSTNI PRIPRAVI NA OPERATIVNI POSEG DOJK (MASTEKTOMIJO)

Zdravstvena nega je pomemben dejavnik, ki bistveno vpliva na proces zdravljenja in ugotavljanje pacientkinih potreb. Delo medicinske sestre je usmerjeno v premišljeno izvajanje zdravstvene nege in dobro načrtovane aktivnosti. Medicinska sestra k svojemu delu pristopa po procesni metodi dela in s pomočjo teoretičnih modelov zdravstvene nege, ki predstavljajo vsebino samostojnega in suverenega delovanja (24).

4.1.1 PSIHIČNA PRIPRAVA NA OPERATIVNI POSEG

Psihična priprava pacientke na operativni poseg se prične v trenutku prihoda pacientke v zdravstveno ustanovo in ne šele neposredno pred operativnim posegom. Obsega več strokovnih ukrepov zdravstvene nege, ki temeljijo na razumevanje njenega doživljanja bolezni in hospitalizacije (24).

Bolezen, hospitalizacija in operacija je za vsakega pacienta individualno doživljanje, tako zaradi novonastalih psihosocialnih kot tudi fizičnih dejavnikov. Že sama hospitalizacija, toliko bolj pa operacija, je za pacienta obremenjujoča izkušnja, ki povzroča bolniku telesne in duševne stresne odzive, obenem pa predstavlja tudi socialni stresni mehanizem, ki zahteva prilagajanje družine in pacienta na začasne ali trajne spremembe (25).

Priprava pacienta na operacijo in anestezijo je zelo zahtevno področje zdravstvene nege. Medicinska sestra mora s primernim pristopom že v sprejemni ambulanti in nato na oddelku vzpostaviti pristen in empatičen odnos s pacientom. Hospitalizacija sama po sebi predstavlja stres in strah pred neznanim. Tesnoba narašča vse do prihoda v operacijske prostore in do pričetka anestezije (23).

Dokazano je, da raven strahu pomembno vpliva na nadaljnje zdravljenje in da strah vodi k slabšemu fizičnemu okrevanju. Pacienti velikokrat ne zaupajo medicinski sestri česa jih je strah, zato mora medicinska sestra znati zelo dobro opazovati in odkrivati vzroke njihove zaskrbljenosti (23).

Psihična priprava pacienta obsega več strokovnih ukrepov zdravstvene nege:

- prijazen odnos do pacienta in spoštovanje pacientovega dostojanstva,
- vzpostavljanje zaupnega odnosa,
- informiranje pacienta,
- spodbujanje izražanja občutij (strahu, jeze, zaskrbljenosti),
- empatičen odnos in psihična podpora pacienta,
- ugotavljanje pacientovih potreb in pomoč pri njegovem zadovoljevanju (25).

4.1.2 FIZIČNA PRIPRAVA NA OPERATIVNI POSEG

Fizična priprava pacientke je zgodnja oziroma splošna ter neposredna ali specifična (26).

Med splošno fizično pripravo spada odvzem krvi, preverjanje laboratorijskih izvidov, snemanje *EKG* za oceno srčnega delovanja, rentgensko slikanje pljuč in druge specifične preiskave, ki opredeljujejo pacientkino zdravstveno stanje ali vplivajo na odločanje v zvezi z operativnim posegom (ultrazvočne preiskave, rentgenske preiskave, računalniška tomografija, endoskopske in druge invazivne preiskave). Med splošno fizično pripravo lahko uvrščamo tudi pripravo respiratornega sistema (predoperativno učenje dihalnih vaj). Med specifično predoperativno pripravo spada urejanje pacientkinih spremljajočih presnovnih in drugih obolenj, ki zahtevajo dodatne ukrepe in nadzor tako v predoperativnem kot v pooperativnem obdobju – sladkorna bolezen, kronična ledvična odpoved, kronična obstruktivna pljučna bolezen, jemanje antikoagulantne terapije. Neposredna fizična priprava se nanaša na organske sisteme, ki bodo vključeni v operativni poseg. Namen neposredne fizične priprave je omejitev možnosti okužbe (koža, črevesje). Fizični vidik hospitalizacije in operativnega posega ter same priprave nanj je za pacientko pomemben zlasti z vidika odvisnosti od medicinske sestre; potrebuje celotno zdravstveno nego ali pa delno pomoč (24).

4.1.3 ADMINISTRATIVNA PRIPRAVA

Pod administrativno pripravo na operativni poseg razumemo pripravo, razlago in pridobitev pacientkinega pisnega soglasja za operativni poseg, anestezijo in transfuzijo krvi (25).

Pacientko o navedenih postopkih informira zdravnik, medicinska sestra pa pripravi obrazec za podpis ter pacientki razloži njegov pomen. Brez pisne privolitve pacientka ne more biti operirana, razen v izjemnih okoliščinah, ko zaradi ogroženosti življenja odgovornost za operativni poseg v celoti prevzame zdravniški konzilij (26).

Administrativna priprava pacientke vključuje tudi ureditev njene dokumentacije, prilogo laboratorijskih in drugih izvidov, pripravo dogovorjenih obrazcev, pisno posredovanje

določenih naročil, preverjanje količine nalepk, označitev pacientkine posteljne enote, označitev pacientke z identifikacijsko zapestnico, označitev in popis shranjene lastnine ter pisno poročilo o neposredni pripravi na predoperativno predajo pacientke v operacijskih prostorih (24).

4.1.4 PREDOPERATIVNA VIZITA MEDICINSKE SESTRE PRI ANESTEZIJI

Izvajanje predoperativne vizite anestezijske medicinske sestre pri pacientu na oddelku predstavlja ključen in pomemben del njegove psihične in fizične priprave na operativni poseg in anestezijo. Pacientu daje možnost, da izrazi svojo zaskrbljenost, strah, tesnobo in bojazen pred neznanim, da pove, kakšna so njegova pričakovanja in da zastavi vprašanja, ki so povezana z anestezijo in si jih sam ne zna razložiti (22).

Med vizito bo medicinska sestra pri anesteziji z dobro komunikacijo ugotovila pacientove potrebe in pričakovanja ter ga pomirila. Osnovni namen predoperativne vizite medicinske sestre pri anesteziji je zmanjšanje strahu, neugodja in zaskrbljenosti pred anestezijo in operacijo. Predoperativno vizito naj bi medicinska sestra pri anesteziji pri pacientu opravila en dan pred operativnim posegom. Namen obiska je spoznati pacienta, se z njim pogovoriti, ugotoviti potrebe in pričakovanja ter ga pomiriti. Na ta način se bistveno izboljša psihofizično počutje pacienta, kar pripomore k varnejši izvedbi anestezije in operacije z ugodnejšim pozitivnim izidom. Po pregledu dokumentacije in po razgovoru lahko predvidi morebitne zaplete oziroma dejavnike tveganja, na katere se lahko pripravi ali jih celo prepreči. Nova kvaliteta zdravstvene nege pri anesteziji in pozitivnih psihosocialnih učinkov skrajša zdravljenje (22).

Predoperativna vizita medicinske sestre pri anesteziji je pomembna za:

- pacienta in njegove svojce,
- povezavo med anestezijskim in kirurškim oddelkom,
- zmanjšanje stroškov za pacienta, bolnišnico in skupnost (22).

4.1.5 NEPOSREDNA PRIPRAVA PACIENTA V OPERACIJSKI DVORANI

Že pred prihodom pacienta v operacijske prostore medicinska sestra pri anesteziji opravi določene standardne postopke namenjene varnosti pacienta in nemotenemu poteku dela. Zaradi priprave mnogih aparatov in opreme za nadzor pacientovih življenjskih funkcij, uporabe mnogih pripomočkov, sredstev in učinkovin, porabi medicinska sestra na anesteziji več kot polovico časa za posredno zdravstveno nego (23).

V predoperacijskem prostoru pacienta sprejme medicinska sestra pri anesteziji. Skupaj z oddelčno sestro preverita identiteto pacienta in ustreznost dokumentacije. Pacientu pomagamo pri namestitvi na transportni voziček in pri tem skrbimo za njegovo varnost. Na glavo mu damo kapo, ga pokrijemo in ga s transportnim vozom odpeljemo v tako imenovani indukcijski prostor, to je prostor, ki je namenjen končni pripravi pacienta na operativni poseg in anestezijo. Tukaj se še enkrat preveri njegova identiteta, predvideni operativni poseg in pisna soglasja za anestezijo ter operativni poseg. Pacienta povprašamo o znanih alergijah in spremljajočih boleznih, zdravilih, ki jih prejema ter mu odgovorimo na vsa morebitna vprašanja (23).

Neposredna fizična priprava vključuje namestitev pacienta na operacijsko mizo v ustrezen položaj, namestitev osnovnega monitoringa in vzpostavitev periferne intravenske poti za infundiranje infuzijskih tekočin med operativnim posegom. Ob tem mora medicinska sestra upoštevati zbrane podatke o pacientu, upoštevati značilnosti v zvezi z anestezijo in predvidenim operativnim posegom. Po ustrezni fizični pripravi pacienta na operativni poseg medicinska sestra pri anesteziji sodeluje pri uvajanju pacienta v anestezijo (23).

Vsak pacient, skoraj brez izjeme, vstopi v operacijske prostore z določenimi strahovi in pričakovanji. Že dolgo je znano, da človek ni samo fizično ampak tudi duševno, socialno in duhovno bitje. Sočuten pristop, empatija lahko povzroči čudež pri prestrašenih pacientih. To je ena izmed pomembnih nalog medicinske sestre pri anesteziji, ki prva pride v stik s pacientom (23).

Vsekakor je predoperativna vizita medicinske sestre pri anesteziji pomemben korak v zadovoljevanju potreb pacienta. Na ta način medicinska sestra spozna pacienta, njegove probleme, strahove in potrebe. Z empatičnim odnosom vzpostavi zaupen odnos s pacientom in ga pomiri.

Pomembno je, da v množici formularjev, soglasij in pisnih navodil ne pozabimo na pacienta, ki predvsem potrebuje prijazno besedo, topel pogled in sočuten stisk roke (23).

4.2 PROFESIONALNE VLOGE MEDICINSKE SESTRE

Tako kot za vsako družbeno vlogo, veljajo tudi za lik medicinske sestre določena pravila, norme vedenja, z njo povezana posebna pričakovanja in predstave, kakšna naj bo posameznica, ki predstavlja lik medicinske sestre (27).

V pripravi pacientke na operativni poseg dojk se zvrstijo različne profesionalne vloge; od vloge učiteljice in svetovalke, zagovornice, zastopnice sprememb, osebe, ki nudi podporo, oporo in pomoč, do izvajalke zdravstvene nege (28).

Medicinska sestra kot *izvajalka zdravstvene nege* uporablja strokovno znanje, da pomaga vzdrževati oziroma, če je možno, do skrajnosti okrepiti zdravje ženske v času priprave na operativni poseg ter po njem. Pri svojem delu uporablja procesno metodo dela – ugotavlja stanje in potrebe pacientk, oblikuje negovalne diagnoze, planira in izvaja zdravstveno nego, ter jo vrednoti. Medicinska sestra omogoča izvajanje individualne zdravstvene nege, obenem spodbuja tudi sodelovanje družine in s tem prispeva k dvigu kakovosti zdravstvene nege. V okviru izvajanja zdravstvene nege medicinska sestra pacientko obravnava kot celovito osebnost, z nerazdružljivostjo zavesti in človeškega telesa (24).

Medicinska sestra se kot *zagovornica pacientke* zavzema za njene pravice in ji pomaga pri utemeljenih sodbah, mnenjih. Lahko tudi rečemo, da posreduje, vodi in organizira v prid pacientke, da zagotovi kakovostno zdravstveno nego. V vlogi zagovornice medicinska sestra seznani pacientko z naravo njenih zdravstvenih problemov in razpoložljivimi možnostmi ter tveganju vsake izmed njih; preprosto in v celoti razloži negovalne postopke; odgovarja na vprašanja pacientke z dejstvi in ne z osebnimi mnenji. Podpira odločitve pacientke s tem, da se je tudi sama drži in zagotavlja, da tudi drugi store isto; stopnjuje pacientkino zaupanje v

profesionalno zdravstveno nego s tem, da ji pomaga razumeti, da je njeno sodelovanje v zdravstveni negi želeno in resnično potrebno (29).

Medicinska sestra v vlogi *učiteljice in svetovalke* oceni potrebo po izobraževanju in svetovanju na osnovi lastnega opazovanja pacientke ter na podlagi kritičnega razmišljanja poskrbi za informacije, katere prilagodi pacientkini stopnji razumevanja. Zagotavlja podrobne dodatne informacije, ki temeljijo na pacientkinih ciljih, ki jih ima v zvezi z učenjem. Individualno učenje je temeljni kamen izobraževanja na tem področju (24).

V vlogi *zastopnice sprememb* se odraža pripravljenost medicinske sestre za posedovanje novosti na področju zdravstvene nege. V zadnjih desetletjih so na področju zdravstvene nege nastale mnoge spremembe. Od medicinske sestre se pričakuje, da posreduje spremembe, ki zagotavljajo varnost ter zadovoljstvo pacientke pri pripravi na operativni poseg dojke. Če je medicinska sestra zadovoljna z obstoječim stanjem, se bo težko zavzemala za uvajanje sprememb. Potrebno je, da ima teoretično in praktično znanje za planiranje sprememb (30).

Medicinska sestra mora biti dovzetna za to, kakšen bo učinek spremembe, oziroma kaj se bo izboljšalo v zdravstveni negi pacientke. Imeti mora neodvisno vlogo, da bo lahko omogočila spremembo. Pokazati mora vztrajnost in potrpljenje, vzdrževati dobre medsebojne odnose in obvladati umetnost kompromisa in obzirnosti pri uvajanju sprememb (30).

Medicinska sestra mora pri svojem delu obvladati tudi *vlogo modela* za mlade sodelavke začetnice in študentke, ko jih uvaja v strokovno delo ter daje zgled, kako izvajati kakovostno zdravstveno nego.

Osnovna značilnost *podpore in opore* je obljuba, da pacientka v času hospitalizacije nikoli ne bo sama. Sama fizična prisotnost ni dovolj. Potrebno je, da tisti, ki pacientko spremlja, zagotovi tudi čustveno oporo. Vedenje medicinske sestre, ki izraža podporo v času priprave na operativni poseg dojke lahko razdelimo v tri kategorije: osebna nega, neverbalno izkazovanje pomoči (držanje za roko, stik z očmi, smehljanje) in verbalno izražanje opore (izražanje pohvale, dajanje navodil) (24).

4.3 ZAGOVORNIŠTVO IN MEDICINSKA SESTRA

Termin »zagovorništvo« izvira iz latinske besede *advocatus*, »nekdo, ki je poklican, da poda dokaze«. Slovar slovenskega knjižnega jezika definira zagovornika kot nekoga, ki »govori komu v korist«, »ki dokazuje pravilnost česa, kar se zanikuje, ne priznava«, »ki z zagovarjanjem vpliva na kaj« (31).

Strokovni izraz »zagovorništvo« se pojavlja v literaturi s področja zdravstvene nege že več kot 20 let (31).

V sedemdesetih letih je *International Council of Nurses (ICN)* vključil zagovorništvo medicinske sestre v svoj Kodeks etike. Zagovorništvo pacientovih pravic lahko najdemo tudi v drugem načelu Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (32).

Zagovorništvo lahko opredelimo kot zavzemanje za nekoga oziroma za njegove pravice, kot da bi šlo za nas same. Zagovorništvo je lahko v korist številnim interesnim skupinam, še zlasti tistim, ki so v sistemu zdravstva v posebno kočljivem položaju, kot na primer pacienti, ki so zelo dolgo v bolnišnici, ljudje z učnimi težavami, duševno prizadeti, klienti, vključeni v različne medicinske raziskave in raziskave s področja zdravstvene nege ter tisti, ki imajo težave s sporazumevanjem (33).

Položaj medicinskih sester ponavadi ni najugodnejši za izvajanje zagovorništva, ker so po splošnem mnenju premalo samostojne in objektivne. Medicinske sestre morajo spodbujati paciente in si pridobiti izkušnje v zagovorništvu. V okviru strukture zdravstva je treba uveljavljati sisteme, ki bodo omogočili zagovorništvo (33).

4.3.1 VRSTE ZAGOVORNIŠTVA

Obstajajo različne vrste zagovorništva:

- *samozagovorništvo*;
- *civilno zagovorništvo* – civilni zagovorniki so izurjeni, izbrani posamezniki, ki zastopajo tiste, ki sami ne zmorejo ali ne znajo braniti svojih državljanskih pravic. So neodvisni od katerekoli ustanove, ki neposredno skrbi za pomoč, in v posameznih primerih skrbijo za potrebe ljudi, ki so in bi po vsej verjetnosti brez intervencij tudi ostale neizpolnjene;
- *pravno zagovorništvo* – obsega dolgo vrsto metod in aktivnosti, s pomočjo katerih advokati in drugi pravni strokovnjaki pomagajo ljudem pri uresničevanju in zaščiti njihovih pravic. Sodelujejo lahko s civilnimi in kazenskimi sodišči ter spremljajo spoštovanje zakonov in predpisov, ki uravnavajo življenje v družbi;
- *poklicno zagovorništvo* – opravljajo plačani posamezniki, na primer socialni delavci, medicinske sestre in drugi strokovnjaki znotraj določenih ustanov. Za takšno zagovorništvo ne moremo stoodstotno trditi, da je povsem neodvisno in da se zavzema predvsem za klientove interese. Strokovna presoja je pogosto tudi v nasprotju s posameznimi interesi. Z izrazom *križno zagovorništvo* opisujemo okoliščine, kadar strokovnjak z enega področja deluje kot zagovornik klienta, ki ga obravnava strokovnjak drugega področja.
- *kolektivno/razredno zagovorništvo* – je zagovorništvo, ki ga izvaja skupina ljudi, ki se zavzema za pravice skupine. Takšna skupina ima lahko svojega vodjo. Organizacije, kot so *MENCAP*, *SCOPE*, *the Scottish Association of Mental Health* in *Values in Action*, odpirajo vprašanja na naravni ravni, v parlamentu lobirajo za ustrezne zakonske rešitve in vplivajo na prihodnjo politiko v parlamentu;
- *družinsko zagovorništvo* – pogosto ga izvajajo starši, sorojenci, otroci in drugi družinski člani. Do konflikta interesov pride, kadar se potrebe klienta in tistega, ki zanj skrbi, razlikujejo (33).

4.3.2 ZAGOVORNIŠTVO V ZDRAVSTVENI NEGI

Programi zagovorništva okviru socialnega varstva v večini primerov izvirajo iz gibanj za družbene pravice in so od šestdesetih let tega stoletja prevladujoča oblika zagovorništva v Združenih državah Amerike. V začetku so pripadniki teh gibanj podpirali posameznike, ki so se zapletli v »nerešljive« spore z zdravstvenimi strokovnjaki. Zagovorništvo se je počasi širilo v Evropo in v zadnjem desetletju se je gibanje zagovorništva razširilo tudi v Veliki Britaniji (33).

Angleški zakon o invalidnih osebah iz leta 1986 vključuje tudi pravno podlago za zagovorništvo, prav tako obe *Beli knjigi*. Nobeden od teh aktov zagovorništva sicer ne omenja neposredno, govorijo pa o vprašanjih kakovosti in o pravici do izbire, kar je oboje povezano z zagovorništvom (33).

4.3.3 MEDICINSKA SESTRA KOT ZAGOVORNICA PACIENTOV

Teoretiki, učitelji in praktiki v zdravstveni negi predstavljajo medicinsko sestro kot »idealno« zagovornico pacientov, kar je postalo osrednja sestavina izobraževanja v etiki zdravstvene nege. V literaturi so navedeni naslednji razlogi, zakaj si medicinske sestre lastijo vlogo zagovornic: zagovorništvo pacientov je tradicionalna vloga za medicinsko sestro, medicinske sestre imajo najboljše mesto znotraj zdravstvenega tima za delovanje v vlogi zagovornika pacientov, medicinske sestre znajo zagovarjati paciente ter medicinske sestre in pacienti so lahko partnerji v zagovorništvu (31).

V okviru zdravstvene nege poteka živahna debata o tem, ali naj bodo medicinske sestre zagovornice svojih pacientov ali ne. Kakorkoli že, ena od prvih nalog medicinskih sester je, da pomagajo svojim pacientom k večjemu nadzoru nad njihovim življenjem, kar v idealnem primeru pomeni, da so sposobni za samozagovorništvo. Najmočnejši argument v prid temu, da naj bi bile medicinske sestre zagovornice svojih pacientov, je prav pogost in tesen stik med pacientom in medicinsko sestro, kar ji nedvomno omogoča, da se zave potreb prizadetih, za

katere skrbi ter opazi, kaj jim manjka. Razvoj primarne zdravstvene nege je še okrepil pričanje medicinskih sester, da so res najprimernejše za zagovorništvo (33).

Kadar medicinska sestra skupaj s pacientom oblikuje program zdravstvene nege, potem ob njegovem izvajanju stoji pacientu ob strani. Medicinska sestra se pogosto lahko namesto pacienta zavzame za ustrezno ravnanje v primerih, kot je oživljanje, oskrba ran, lajšanje bolečine. V primeru, ko je pacient otrok, je povsem jasno, da potrebuje nekoga, ki se bo zavzemal zanj in drugim članom zdravstvenega tima posredoval njegova stališča. Najustreznejši človek za to bi bil pač eden od staršev, vendar mora pogosto to vlogo prevzeti medicinska sestra. V vseh teh primerih pa še vedno obstaja možnost konflikta med medicinsko sestro in drugimi člani zdravstvenega tima (33).

Če hoče biti medicinska sestra pri tem uspešna, mora biti samozavestna in strokovno podkovana, imeti mora raziskovalnega duha in dobre sposobnosti prepričevanja ter imeti podporo s strani stroke in ustanove (33).

Medicinske sestre vselej ne morejo delovati kot zagovornice pacientov, lahko pa jim pomagajo, da to vlogo opravljajo sami ali pa njih in njihove družine ozaveščajo o obstoju lokalnih svetovalnih služb (33).

Številne medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci zagovorništvo enačijo z napadom na njihovo službo in zato pogosto odklanjajo kakršnekoli stike z organizacijami za zagovorništvo pacientov. Pokazalo se je, da je zagovorništvo pacientov lahko učinkovito le takrat, kadar ustanova to dejavnost ne le ceni, ampak jo tudi vključuje v svoj operativni načrt tako, da takšno dejavnost omogoča. Pomembno je, da se vsi, ki so kakorkoli vključeni v zagovorniško dejavnost, naučijo »pogovarjati«, če hočejo uspešno sodelovati. Zavedati se morajo tudi, da bo od časa do časa hočeš nočeš prišlo do konfrontacij (33).

Zagovorništvo vključuje:

- omogočanje zavestne privolitve pacienta;
- pomoč pri izbiri ustrezne obleke;
- pomoč pri izbiri ustreznega bivališča;
- zagotavljanje informacij o zagovorništvu;
- pomoč pacientu pri izražanju njegovega mnenja;

- svetovanje v skupinah za samozagovorništvo;
- svetovanje in informacije skrbnikom;
- zavedanje dejstva, da tisto, kar si pacient želi, ni nujno tudi vaša želja;
- učenje asertivnosti ter socialnih veščin in veščin reševanja problemov;
- načrtovanje zdravstvene nege skupaj s pacientom in drugimi službami (33).

Prihodnost zagovorništva

V zadnjih letih narašča število služb za zagovorništvo in vrstniško podporo. Spremembe v načinu in organizaciji zdravstvenih služb ter razvoj koncepta civilne družbe krepijo razvoj in moč zagovorniških skupin. Politične odločitve na nacionalni in lokalni ravni spodbujajo razvoj zagovorniških skupin.

V okviru sestrinstva je vse bolj v ospredju vloga medicinske sestre kot tistega človeka, ki pacientu pomaga, a sam poskrbi za svoje zagovorništvo. Tudi zaradi tega se bodo medicinske sestre v prihodnosti vse pogostejše srečevale z različnimi oblikami zagovorniških služb in bodo že zato morale obvladati veščine in si pridobiti izkušnje, da bodo lahko z njimi uspešno sodelovale (33).

Osnovno vodilo pri delu medicinske sestre je spoštovanje človeka in njegove integritete v najširšem smislu (34).

5 SUPERVIZIJA

Trobec pravi, da je supervizija v zdravstveni negi didaktična in podporna metoda, ki lahko spodbudi in stopnjuje profesionalni razvoj in osebno rast medicinske sestre. Pri svojem delu se medicinska sestra srečuje z mnogo pacienti. Od njenega znanja, truda in čustev je odvisno, kako jih bo obravnavala. Zdravstvena nega je emocionalno zelo zahtevno delo. Emocionalno delo v zdravstveni negi zajema široko paleto čustev, tako pozitivnih kot negativnih in je poleg komunikacije tisti element, ki najbolj vpliva na njeno učinkovitost in kakovost na eni strani in na profesionalno identiteto, osebno samopodobo, zdravje in dobro počutje delavcev na drugi. Medicinske sestre, kljub neprestanemu soočanju s situacijami, v katerih so v ospredju bolečina, trpljenje, agresivnost, revščina, še vedno prispevajo k pacientu ali njegovim svojcem prijazno, z empatijo, pomirjujoče in z upanjem.

Pri svojem delu, se namreč, pogosto srečuje s pacienti v težkih ali negotovih situacijah, ki od njih zahtevajo neprestano upravljanje in nadzorovanje lastnih in pacientovih čustev, kar jih vodi v oblikovanje določenih strategij, ki so jim v pomoč pri obvladovanju čustev (35).

Emocionalno delo vpliva na počutje zaposlenih, za katere pomeni regulacija neskladnih čustev napor, ki načenja njihovo zdravje in ima negativne psihofizične učinke kot so stres, čustvena izčrpanost, izgorelost, občutki neavtentičnosti in odtujenosti (35).

Stres je splošni odziv organizma na telesno ali duševno obremenjevanje. V sredini prejšnjega stoletja so raziskovalci opredelili stres kot odgovor na notranje in zunanje procese, ki dosega ali presegajo sposobnosti posameznika/posameznice. Na doživljanje stresa vpliva razmerje med dojemanjem zahtev in oceno sposobnosti za soočanje s pritiski.

Večina ljudi pojmuje stres kot nekaj slabega, kot izkušnjo, ki je nastala zaradi pretirane ali premajhne obremenjenosti, dolgočasnosti, izgube ljubljene osebe ali vztrajanju v položaju, ki ga nismo sposobni nadzorovati. V tem primeru govorimo o negativnem ali škodljivem stresu. Nekateri pa dojemajo obremenilne situacije kot izziv, zato opisujejo stres kot vznemirljivo, spodbudno ali navdušujoče občutje, v tem primeru govorimo o pozitivnem ali prijaznem stresu (35).

S pomočjo supervizije lahko medicinska sestra vnaša na področje svojega dela pozitivne spremembe, ki ne bodo vplivale le na dobro počutje pacienta, temveč tudi na njeno lastno občutenje dela in življenja. Medicinske sestre bi si morale medsebojno pomagati (35).

Delo s pacienti od medicinske sestre zahteva, da razvije ustrezne spretnosti in reakcije; klinična supervizija ji lahko olajša ta napredek. Poleg tega supervizija usposablja medicinske sestre, da postanejo boljši praktiki in jih vzpodbuja k raziskovanju. Med supervizijskim procesom se medicinska sestra zaveda svojega dela. To omogoča identifikacijo obojega: lastnih moči in slabosti. Z znanjem in ozaveščanjem medicinska sestra zmanjšuje možnost prekomerne identifikacije s pacientom (35).

5.1 MODELI SUPERVIZIJE

Načini dela v superviziji se običajno med seboj razlikujejo glede na to, kateremu določene stroke ali terapevtskemu modelu, ki temelji na ustreznih teorijah, pripadajo člani supervizorske skupine in/ali supervizor. Strokovnjaki morajo pri delu torej uporabljati elektičen pristop, če hočejo biti uspešni. Tako mora biti tudi supervizor pripravljen na delo s strokovnjaki, ki uporabljajo kombinacijo različnih prijemov. Da bi v takšnih situacijah svoje delo dobro opravljali, mora biti supervizor ekspert za supervizijo. Modeli supervizije torej zrcalijo različne konceptualne in teoretične osnove, ki supervizijo usmerjajo (35).

- Behavioristični model

Behavioristične psihološke teorije so se začele razvijati na začetku 20. stoletja. Poskušajo razložiti vedenje v smislu reakcij, ki so opazne in se jih da izmeriti.

Supervizija na tem modelu temelji na analizi konkretne situacije in pomeni pomoč strokovnjaku pri iskanju novih načinov vedenja. Poudarek v superviziji je na učenju novih vedenjskih vzorcev. Supervizant s pomočjo supervizije razume reakcije uporabnika in razvija nove načine vedenja. S svojim spremenjenim vedenjem do uporabnika vpliva na to, da bo ta svoje nekonstruktivne vedenjske vzorce odpravil.

- Psihoanalitični (psihodinamski) model

Psihoanaliza se je iz teorije in terapevtske šole razvila v nekaj več, v način gledanja na svet. Psihoanalitični model supervizije temelji na izkušnji. Poudarek je na suportu supervizantu, da bo razgrnil in razumel svoja čustva, ki lahko blokirajo njegov ponos do upravnika.

- Humanistični model

Razvil se je v štiridesetih letih kot reakcija na behavioristično razlago in razumevanje človeka. Za humanistično usmerjene teoretične koncepte je značilno, da se z njimi uporabnikom pomaga predvsem z odnosom na »tukaj« in »zdaj«.

Supervizija je v skladu s tem modelom usmerjena v potrebe strokovnjaka, pomembna so njegova čustva in stiske, s katerimi se pri delu sooča. Strokovnjak potrebuje suport in nova znanja, do katerih pride s pomočjo svojih izkušenj, ki mu jih supervizor pomaga predelati. Za ta model je značilna tudi uporaba pripomočkov, ki pozitivno vplivajo na učenje: zapiski, avdio posnetki in njihova analiza.

- Sistemski model

Temelji na sistemski teoriji in poudarja pomen interakcije, ki vpliva na neprestano spreminjanje in recipročne odnose med posameznimi deli celote.

Za sistemsko usmerjeno supervizijo je značilno, da supervizor usmerja supervizanta v aktivnosti za spreminjanje sistemov. Ta supervizija je didaktična, učenje v njej je zelo poudarjeno, supervizor pogosto neposredno ali posredno (enostransko gledano in podobni pripomočki) spremlja delo svojega supervizanta (35).

5.2 VRSTE SUPERVIZIJE

- Individualna supervizija

Gre za supervizijo s posameznikom, kar pomeni, da supervizor sistematično dela z enim samim strokovnjakom. Prednost te vrste supervizije je v tem, da se lahko supervizor posamezniku bolj poglobljeno posveča, saj je ves predvideni čas supervizije namenjen le eni osebi.

Pomanjkljivost pa je v tem, da ni možnosti učenja in primerjave izkušenj z drugimi supervizanti.

- Skupinska supervizija

Je najbolj pogosta, saj je ekonomična in zelo ustrezna, saj daje možnost za aktivno učenje in izmenjavo izkušenj med več strokovnjaki (lahko so z različnih področij in tudi različnih strok).

Pri tem gre za manjše skupine, v katerih so štirje ali največ do 12 supervizantov.

- Timska supervizija

Pri tem gre za delo supervizorja s člani ene delovne skupine. Njegova vloga je v tem, da zagotovi dobro komunikacijo v timu in pomaga pri odpravljanju motenj, ki sodelovanje ovirajo.

- Intervizija

Pomeni sodelovanje strokovnjakov ali prostovoljcev, ki delajo na istem področju in imajo primerljivo izobrazbo ter delovne izkušnje. Omogoča jim izmenjavo delovnih izkušenj, spodbuja odprto komunikacijo in oblikovanje dobrih kolegalnih odnosov.

- Diadna supervizija

Poznamo tudi diadno supervizijo, ki poteka v paru. Gre za intervizijo dveh kolegov, ki se srečujeta redno in sproti predelujeta probleme, na katere naletita pri delu in drug drugemu pomagata pri iskanju rešitev zanje.

Način našega reagiranja se ponavlja po nekem vzorcu. To imenujemo tudi tema ali problem, ki je značilen ne le za osebne, temveč tudi za profesionalne odnose in situacije. S supervizijo lahko korigiramo ravnanje v profesionalni vlogi (seveda tudi v osebnem ravnanju/življenju, a to je stvar samega supervizanta). Vsekakor pa supervizija zagotavlja tudi *osebno rast in razvoj profesionalca* ter podpira njegovo *strokovno dozorevanje*. Seveda pa je to proces, ki terja svoj čas.

S supervizijo ne posegamo v *zasebnost*, temveč v *osebnost*, do kod pa pri tem gremo, pa vedno odloča supervizant sam, saj se mu odpirajo številna vprašanja, na katera lahko išče odgovore za *samega sebe*. Jedro vsebine supervizije je eksperimentalno učenje s polno udeležbo in tudi mnogimi frustracijami (35).

5.3 KOMUNIKACIJA V ZDRAVSTVENI NEGI

Komunikacija s pacienti in sodelavci je sestavni del poklicnega delovanja medicinske sestre. Medsebojne komunikacije dajejo smer in vsebino njenemu delovanju in ji zagotavljajo samopotrjevanje v poklicu (36).

Na komunikacijo zato gledamo kot na osnovno dimenzijo delovanja medicinske sestre in vitalno aktivnost potrebno za kontakt s pacientom. Za medicinsko sestro je komunikacija proces, s katerim osnuje odnos do sočloveka in s tem izpostavlja svoje poklicno poslanstvo kot pomočnica posamezniku ali družini v preventivi, zdravljenju, doživljanju bolezni in trpljenju. Medicinska sestra prek komunikacije posreduje informacije, pomaga pacientu izražati občutke in duševne reakcije na bolezen ter mu pomaga pri zadovoljevanju njegovih potreb (37).

V profesionalni komunikaciji mora medicinska sestra poleg znanja iz teorije zdravstvene nege poznati samo sebe. Razumevanje sebe in skladnost lastnega doživljanja drugih, sta osnova za uspešno interakcijo z drugimi. Učenje in razmišljanje o samopodobi omogočata medicinski sestri večjo ustreznost in prilagodljivost v odzivanju na zahteve ljudi, s katerimi prihaja v stik (37).

Po definiciji zdravstvene nege, kot jo je opredelila Virginia Henderson, medicinska sestra pomaga zdravemu ali bolnemu v tistih aktivnostih, ki pripomorejo k ohranitvi zdravja, vrnitvi zdravja ali mirni smrti, in bi jih le-ta opravil samostojno, če bi imel za to voljo, moč in znanje (37).

Omenjena definicija izhaja iz osnovnih človekovih potreb. Te so opredeljene s štirinajstimi življenjskimi aktivnostmi, ki označujejo zmožnost posameznika, da normalno diha, se ustrezno prehranjuje, izloča, se giblje, dovolj spi in počiva, se oblači, vzdržuje telesno temperaturo z ustreznimi oblačili in s prilagajanjem okolju, skrbi za čistočo in urejenost, se izogiba nevarnostim v okolju, komunicira z drugimi, izraža čustva, opravlja koristno delo, se rekreira in uči zdravega načina življenja (37).

Naloge in aktivnosti zdravstvene nege naj bi bile usklajene s temi funkcijami. Medicinska sestra povezuje človeka, zdravstveno nego, zdravje in oživlja te koncepte v zagotavljanju nege, katere središče je pacient (37).

5.3.1 KOMUNIKACIJA IN NJENI ELEMENTI

Komunikacija je večplastna dejavnost človekovega duševno-duhovnega sveta, organizma in socialnosti. Poseben izraz človekove individualnosti in osebnosti je govor. Človek ga uporablja kot podobo svojega notranjega sveta ter kot ustvarjalno in zdravilno moč. Govor omogoča posamezniku, da se obrača na okolje in z njim vzpostavlja razmerje, gradi stike in jih neguje. Izgovorjava, kontrola govora in melodija omogočajo verbalno komunikacijo. Izrazna moč telesa pa s tem še zdaleč ni izčrpana. Človek namreč govori s celim telesom in s svojim vedenjem (37).

Za komunikacijo v prvi vrsti uporabljamo govor, ki je osnovni načrt sporazumevanja med ljudmi. Z besedami dajemo in prejemamo informacije. Kljub zapletenosti govora kot instrumenta sporazumevanja se včasih zgodi, da ta odpove – zmanjka nam besed. V takih primerih si ponavadi pomagamo z govorico telesa ali uporabo simbolov (37).

5.3.2 KOMUNIKACIJA V PROCESU ZDRAVSTVENE NEGE

Raven, način in obseg komunikacije v procesu zdravstvene nege so odvisni od vseh udeležencev. V odnosu zdrav človek – bolan človek se mora prilagajati medicinska sestra. To velja za vedenje pri komunikaciji, način govora, obseg informacij in uporabo posameznih sredstev. Standardni negovalni cilji, ki jih pri tem zasleduje, so:

- vzdušje, v katerem se razvija komunikacija,
- podpora in pomoč pri komunikacijskih motnjah,
- nadomestni prevzem manjkajočih funkcij v komunikacijski verigi.

V komunikaciji s pacientom je treba biti pozoren in se izogibati nekaterim pogostim motnjam. Te lahko nastopajo tako na strani oddajnika kot sprejemnika, pri čemer medicinska sestra in pacient nastopata v obeh vlogah. Najpogostejše motnje v komunikaciji so: motnje pri oddajniku in motnje pri sprejemniku.

Motnje pri oddajniku

Medicinska sestra:

- narobe razume navodila,
- lastna negotovost,
- strah pred vprašanji pacienta,
- brezbrižnost,
- podcenjevanje pomena informacij za pacienta,
- napačne predstave (saj ne razume),
- neurejeno in nejasno govorjenje,
- pomanjkanje stikov,
- časovni pritisk.

Pacient:

- nezmožnost, da bi se izrazil,
- skrite izjave,
- strah pred odgovarjanjem,
- strah pred avtoriteto,
- napačno pričakovanje,
- sram,
- občutki krivde,
- občutki dolžnosti,
- depresija,
- agresija.

Motnje pri sprejemniku

Medicinska sestra:

- brezbržnost,
- pomanjkanje časa,
- neustrezen odnos,
- stereotipni odgovori,
- neodkritost,
- neustrezno odzivanje,
- jemanje poguma s kretnjami in mimiko.

Pacient:

- okvara sluha
- duhovna pasivnost,
- emocionalni položaj (upanje, strah, jeza),
- pomanjkanje pozornosti,
- neprijetno okolje (hrup),
- neposlušnost,
- napačne predstave,
- strah pred spraševanjem.

Za kulturo odnosov med medicinsko sestro in pacientom ni dovolj le hotenje, potrebna sta tudi znanje in prilagodljivost. Nekatere raziskave na primer kažejo, da pacienti ne razumejo celo do 50 % tistega, kar jim zdravstveni delavci pripovedujejo (38).

To prekinja stik in možnost sodelovanja. Zdravstveni delavci naj bi uporabljali bolj razumljiv jezik z manj latinščine in tujkami, pri komuniciranju z otroki pa tudi dialekt in žargon, ki ga otrok razume.

Zaradi vedno večje časovne stiske in uporabe aparaturne opreme so osebni stiki omejeni na minimalni čas, kar še bolj bremeni odnose v zdravstvu. Značilno za našo zahodno kulturo je tudi, da ne znamo poslušati in biti pozorni, kar pacienta zelo obremenjuje. Dolgo je že znano dejstvo, da se pacient med zdravstveno ustanovo s toplim odnosom in osebnim spoštovanjem ter strokovno vrhunsko, a v odnosih bolj hladno ustanovo, raje odloči za prvo. Empatija, to je sposobnost vživljanja v položaj pacienta, je zato ena temeljnih potreb poklicne usposobljenosti v zdravstvu (37).

Življenje vsakemu človeku lahko prinese težave, bolezni in trpljenje, ki se jih ne more ubraniti. Takrat potrebuje pomoč od zunaj. Ko jo išče v zdravstvu, je njen osnovni vir pogosto prav medicinska sestra. Če ima ta ustrezno znanje in izkušnje s komunikacijo, lažje spremlja pacienta in mu pomaga na njegovi poti do zdravja. Profesionalna komunikacija in odnosi medicinski sestre omogočajo, da pomaga pacientu, da se ponovno dokoplje do volje do življenja in do sozvočja s svetom. To pa je možno le skozi pristen stik s pacientom, pri katerem se pravočasno in odgovorno odzivamo na njegove potrebe (39).

Medicinska sestra ves svoj delovni čas komunicira s pacienti oziroma varovanci, saj je komunikacija sestavni del zdravstvene nege. Globalni cilj profesionalne komunikacije medicinske sestre s pacientom je medsebojni odnos, v katerem bo pacient brez strahu in zadržkov sporočal svoje potrebe, želje in pričakovanja. Tudi razliko med pacienti bo medicinska sestra lažje zaznala, če se bo z njimi več pogovarjala in jih predvsem bolj aktivno poslušala. S tem bo pridobila dodatne informacije, ki ji bodo v pomoč pri izvajanju zdravstvene nege, pacient pa bo imel občutek, da ni samo številka (39).

5.3.3 PROFESIONALNA KOMUNIKACIJA MEDICINSKE SESTRE

Pogosto se sprašujemo, kako da so bile marsikaterne naše starejše medicinske sestre in tehniki tako uspešni in zadovoljni pri svojem delu kljub neustrezni izobrazbi, in kako to, da to pogrešamo pri marsikaterem mladem, ki sicer ima znanje in izobrazbo.

Verjetno so človeške kakovosti usmerile naše zdaj že starejše kolege in kolegice v ta poklic in jim omogočile topel človeški odnos do pacientov. Medicinske sestre se moramo zavedati, da smo na svojih delovnih mestih zaradi pacientov in ne pacienti zaradi nas. Včasih si moramo vzeti čas in razmisliti o tem, se pogovoriti o medsebojnih odnosih, v katere vstopamo, in si dopustiti, da se pogledamo v »zrcalu«; to je koristno tudi za naše paciente kot za nas, naše osebno zadovoljstvo in srečo v poklicu (36).

Komunikacija medicinske sestre s pacienti in sodelavci je integralni del poklicnega delovanja medicinske sestre. Medsebojne komunikacije dajejo smer, obliko in vsebino njenemu delovanju in ji zagotavljajo samoaktualizacijo in samopotrjevanje v poklicu. Kdor se odloči za ta poklic in vztraja v njem, je srečen in zadovoljen lahko samo, če se premanentno uči, opazuje in osebno ter poklicno raste in zori v medsebojnih odnosih (36).

V procesu učenja o sebi in drugih spoznamo različne odzive v vedenju, srečamo različne potrebe. Nekatera medsebojna srečanja s pacienti nam ostanejo v spominu kot vesela in zadovoljujoča, druga kot boleča. Z vsakim srečanjem pa dobimo priložnost, da se naučimo spoštovati bogastvo človeškega doživljanja, in veliko zelo različnih priložnosti za polno človeško doživljanje v medsebojnih odnosih (36).

5.3.4 RAZLOGI ZA UČENJE PROFESIONALNE KOMUNIKACIJE V ZDRAVSTVENI NEGI

Življenje vsakega posameznika je sestavljeno iz komedije in tragedije, veselja in žalosti, sreče in bolečine. Življenje sleherno lahko prinese fizične in psihične težave, bolezni, poškodbe in trpljenje, ki se jih ne moremo ubraniti. Takrat človek potrebuje pomoč od zunaj. V situacijah, ko človek išče pomoč v zdravstvu, je pogosto prav medicinska sestra osnovni vir pomoči pacientu, in sicer včasih mimogrede pri svojem delu, ko se sreča s pacientom kot človek s

človekom v medsebojnem odnosu. Če imamo znanje in izkušnje s komunikacijo, s pacientom toliko lažje »raziskujemo« vse dimenzije telesnega in duševnega trpljenja na naporni poti do zdravlja.

V procesu ustreznega medsebojnega odnosa med medicinsko sestro in pacientom pacient najde sposobnost in moč za delo na sebi, ki ga mora opraviti, da ozdravi.

Profesionalna komunikacija in ustrezni medsebojni odnosi v njej so tisti, ki medicinski sestri omogočijo, pa pomaga pacientu ali sodelavcu, da se ponovno dokoplje do volje do življenja, do sozvočja s svetom, če je njegova integriteta porušena. Pot do tega je možna samo s človeško udeležbo. Človeški »dotik« v zdravstveni negi se uresniči takrat, ko smo se sposobni spontano in odgovorno odzvati na pacientove potrebe, in to v tistem trenutku, ko te obstajajo in ko smo v pomoč pacientu, kadar nas le-ta potrebuje (36).

5.3.5 KOMPONENTE PROFESIONALNE KOMUNIKACIJE

Medsebojni odnosi oziroma profesionalna komunikacija vsebujejo tri komponente: teoretično komponento znanja, ki vsebuje spoznavne principe medsebojnega komuniciranja in kreativno komponento, ko medicinska sestra vnaša v odnos samo sebe kot osebnost. Vse tri komponente so pomembne in vsaka je samo del celote.

Komunikacija je vitalna aktivnost, ki je potrebna za kontakt s pacientom. Skozi komunikacije medicinska sestra posreduje informacije, pomaga pacientu izražati občutke in duševne reakcije na bolezen, mu pomaga v zadovoljevanju njegovih potreb. Je osnovna dimenzija sestrskega delovanja.

Medsebojni odnosi in komunikacija usmerjena v pomoč se razlikujejo od drugih komunikacij. Mnogo več kot običajni pogovor s klientom je profesionalni medsebojni odnos, ki izraža vir in obvezo usmerjeno v uresničevanja človeškega smotra, samorealizacije in osebno rast v klinični situaciji (36).

5.3.6 MEDSEBOJNI ODNOS MEDICINSKA SESTRA – PACIENT V TEORIJI ZDRAVSTVENE NEGE

Teorije zdravstvene nege vključujejo profesionalno komunikacijo kot pogoj in pomemben del poklicnega dela medicinske sestre. Vse humanistične teorije opredeljujejo zdravstveno nego kot človeški odgovor. Zdravstvena nega spoštuje človeški potencial v vsakem posamezniku. Gre za odnos med medicinsko sestro in pacientom. Oba sta prisotna s celotno osebnostjo. Biti *z* je čisto nekaj drugega kot delati *za* nekoga. Ta odnos moramo raziskovati in negovati. Oba v odnosu sta enako vredna in oba lahko nekaj data drug drugemu. Pomen zdravstvene nege je v negovanju – premišljeni akciji, ki jo izvršujemo v sodelovanju s pacientom.

Z njim poiščemo aktualne in potencialne zdravstvene probleme. Teorija zdravstvene nege zagotavlja kognitivno strukturo znanja in nam daje smer v našem delu.

Zdravstvena nega vključuje obravnavo drugega ob upoštevanju zaupnosti in spoštovanja. Individualizirana zdravstvena nega je priznavanje pacienta kot samostojne osebnosti z različnimi potrebami. Skozi negovanje medicinska sestra spozna pacientove potrebe, ki usmerjajo njeno delo in procese spoznavnega odločanja, kar prinese pozitivne spremembe pacientu.

V profesionalni komunikaciji mora medicinska sestra poleg znanja iz teorije zdravstvene nege poznati samo sebe. Poznavanje samega sebe oziroma samopodoba je zaznavni vidik lastne osebnosti. Samopodobo označujejo vloge, ki jih imamo v življenju, v medsebojnih odnosih z drugimi ljudmi. Izražajo se v socialnih in delovnih situacijah. Ko smo skladni v našem doživljanju z doživljanji drugih, smo zadovoljni, v nasprotnem primeru smo v stiski. Učenje in razmišljanje o samopodobi omogoča medicinski sestri večjo fleksibilnost in ustreznost v odgovorih na druge ljudi (37).

6 EMPIRIČNI DEL

6.1 NAMEN DIPLOMSKEGA DELA

Namen diplomskega dela je prikazati zdravstveno nego pacientke z radikalno operacijo dojke ter vlogo medicinske sestre, ki je zagovornica koristi pacienta in mu nudi fizično, psihično, socialno, duhovno ter moralno podporo in s tem pomaga do kakovostnejše priprave na operacijo.

6.2 CILJI DIPLOMSKEGA DELA

- Ugotoviti ali se medicinske sestre zavedajo svoje vloge, ki jo imajo pri psihični in fizični pripravi pacientke na mastektomijo.
- Ugotoviti ali medicinske sestre delujejo v vlogi sogovornice, poslušalke, svetovalke, zagovornice z visoko stopnjo odgovornosti, ki doprinese do boljše psihofizične priprave pacientke na mastektomijo.
- Ugotoviti ali pri medicinskih sestrah pride do izgorevanja zaradi psihičnega napora v povezavi s pripravo pacientk na operacijo.
- Ugotoviti ali bi medicinskim sestram pomagala supervizija.
- Ugotoviti ali želijo poglobiti in dograditi svoje znanje.

6.3 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Raziskovalno vprašanje št. 1:

Medicinska sestra se zaveda svoje vloge, ki jo ima pri psihofizični pripravi pacientke na mastektomijo.

Raziskovalno vprašanje št. 2:

Medicinska sestra upošteva etična načela.

Raziskovalno vprašanje št. 3:

Medicinska sestra s svojim delovanjem vpliva na boljšo psihofizično pripravo na operacijo.

Raziskovalno vprašanje št. 4:

Medicinske sestre bi potrebovale supervizijo zaradi pojava izgorevanja.

Raziskovalno vprašanje št. 5:

Medicinske sestre nimajo dovolj znanja o mastektomiji in o psihofizični pripravi na mastektomijo.

6.4 METODOLOGIJA

6.4.1 RAZISKOVALNE METODE

V raziskavi smo uporabili deskriptivno (opisno) raziskovalno metodo dela.

Uporabili smo naslednje metode in tehnike zbiranja in analiziranja podatkov:

- analiza literature,
- metodo zbiranja podatkov k delno strukturiranim vprašalnikom za medicinske sestre,
- statistično metodo za izražene frekvenčne porazdelitve posameznih odgovorov na celoten vzorec,

- uporabo deskriptivne metode za porazdelitev kvalitativnih in kvantitativnih podatkov.

Rezultate smo predstavili v deležih (odstotno) in jih ponazorili z grafi.

6.4.2 RAZISKOVALNI VZOREC

Anketiranje je bilo izvedeno v začetku meseca maja 2011. Anketirali smo medicinske sestre v Splošni bolnišnici Celje na oddelku za splošno in abdominalno kirurgijo. Predhodno smo si od glavne sestre Splošne bolnišnice Celje pridobili dovoljenje za anketiranje zdravstvenih delavcev.

Anketni vprašalnik je sestavljen iz 23 vprašanj, ki so razporejena po tematskih sklopih. Anketa je bila anonimna z vprašanji odprtega in zaprtega tipa ter možnostjo odklonitve sodelovanja. Odgovori so bili uporabljeni izključno v namen diplomskega dela.

Razdelili smo 25 anket po predhodnem dogovoru z glavno sestro Splošne bolnišnice Celje, kajti v Celju se samo na oddelku za splošno in abdominalno kirurgijo ukvarjajo z mastektomijami. Vrnjenih smo dobili vseh 25 anket, ki so bile pravilno izpolnjene.

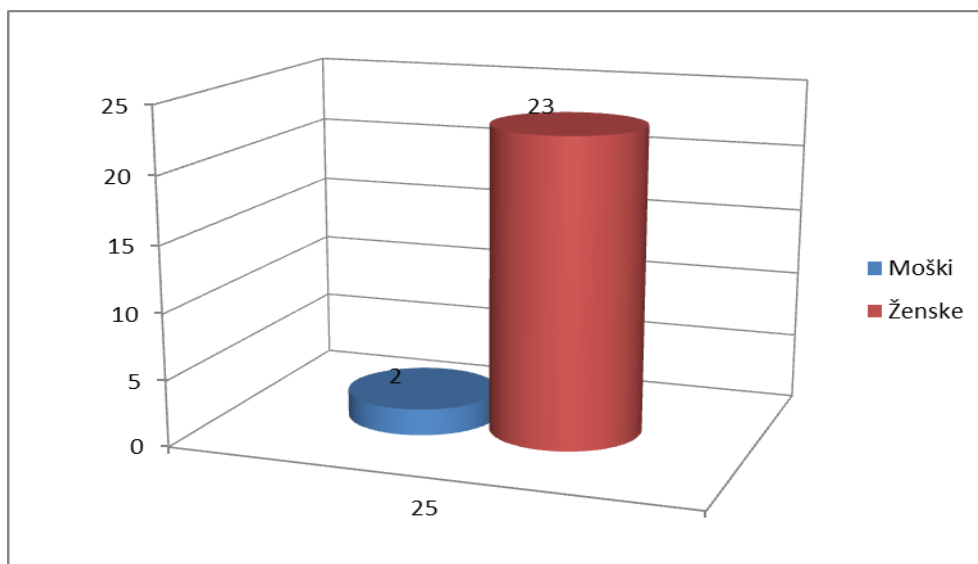
6.4.3 POSTOPKI OBDELAVE PODATKOV

Za obdelavo podatkov bomo uporabili deskriptivno statistično metodo s frekvenčno distribucijo in grafično prikazanostjo. Rezultate ankete bomo obdelali s pomočjo računalniških programov Microsoft Office Word 2007 in Microsoft Office Excel 2007.

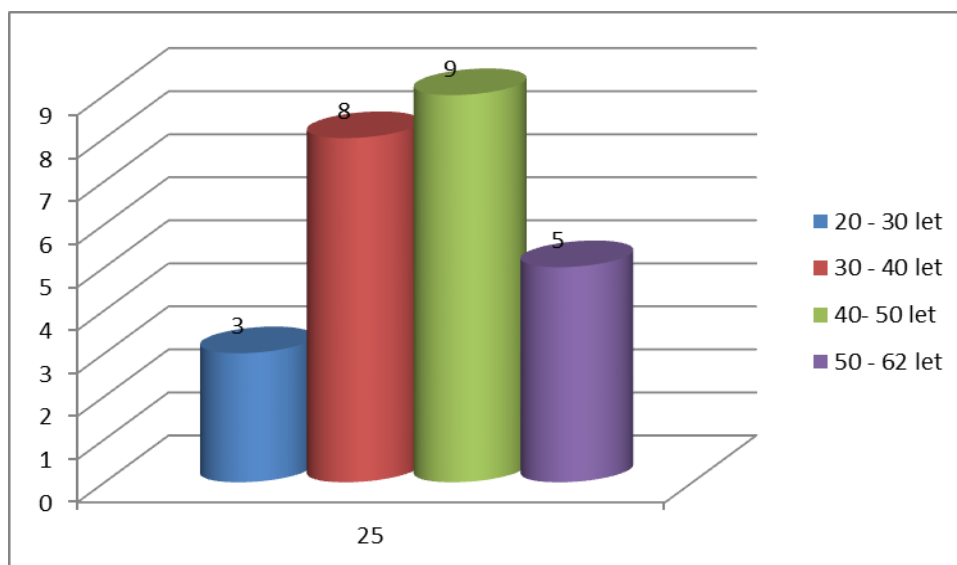
6.4.4 REZULTATI RAZISKAVE

Vsi odgovori na anketna vprašanja so prikazani z grafi, pod njimi pa so rezultati natančneje obrazloženi z besedilom. Rezultati so podani v absolutnih in relativnih številih.

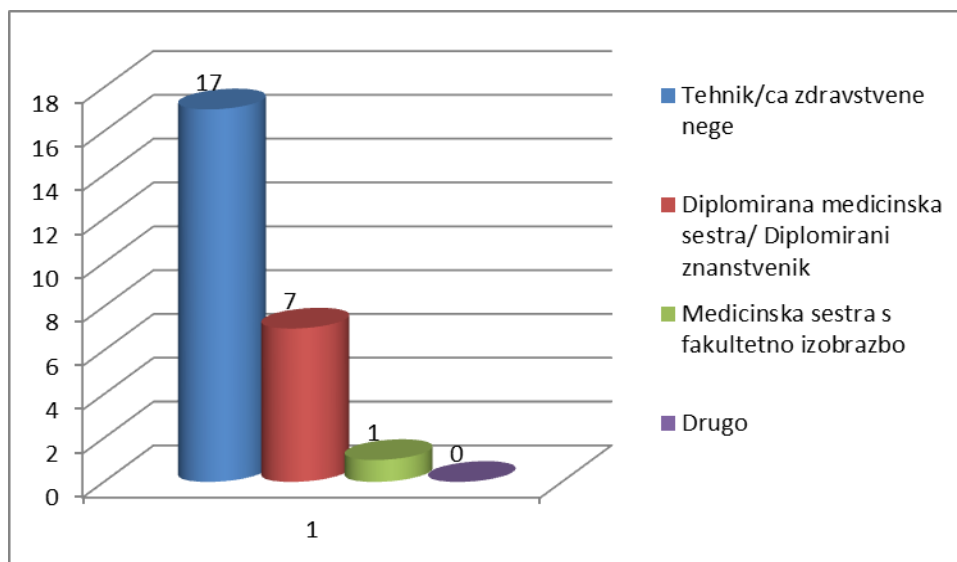
Graf 1: Spol anketirancev



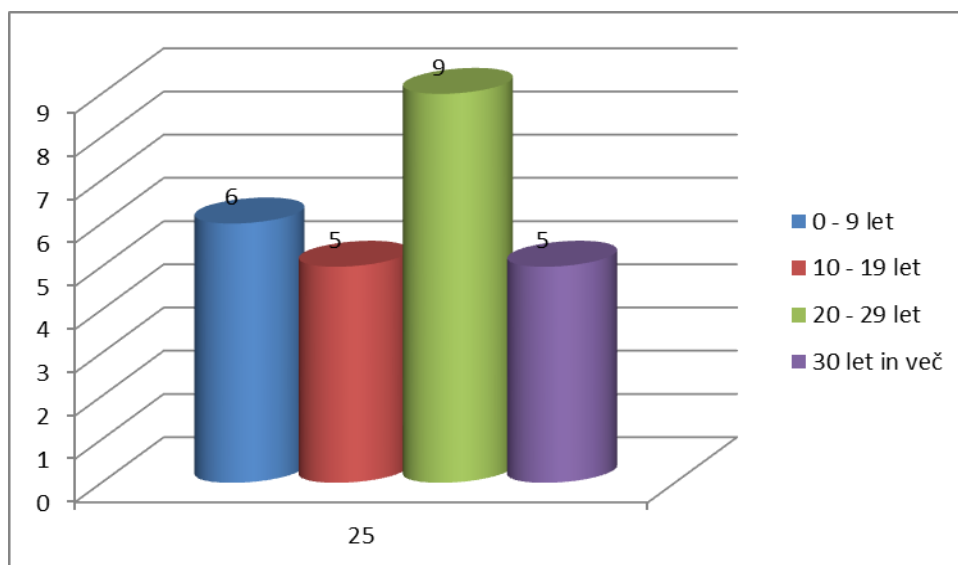
Grafična struktura je pokazala, da je med anketiranimi zdravstvenimi delavci 92 % ženskega spola in 8 % zdravstvenih delavcev moškega spola.

Graf 2: Starost anketiranih

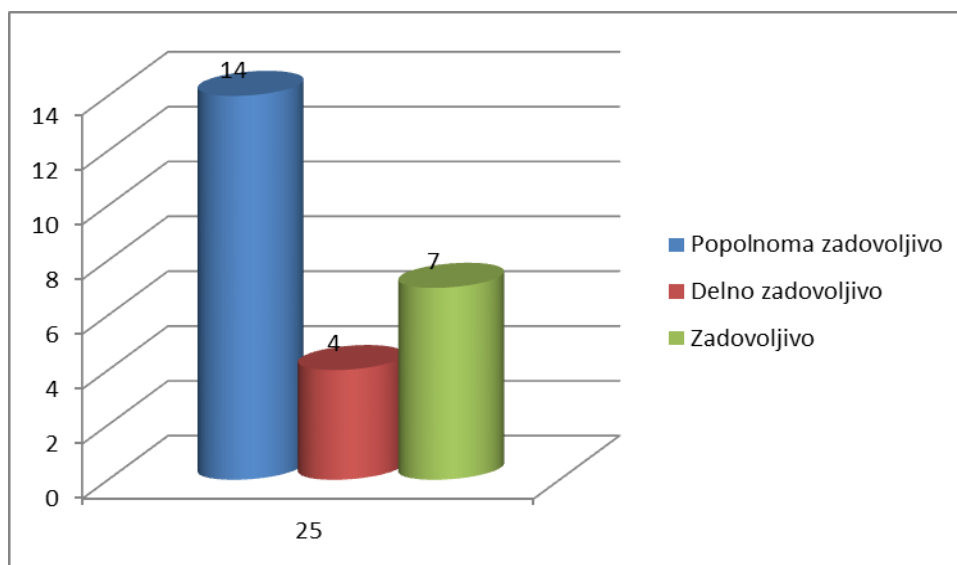
36 % anketiranih zdravstvenih delavcev je starih med 40 in 50 let, 32 % je bilo starih od 30 do 40 let, 20 % od 50 do 62 let in 12 % od 20 do 30 let.

Graf 3: Stopnja izobrazbe

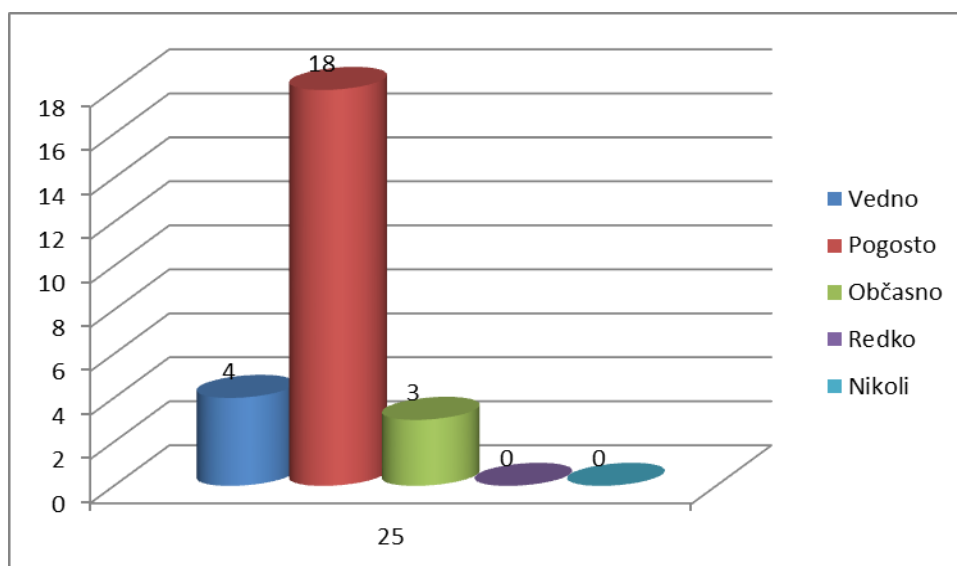
Med anketiranci je bilo 68 % tehnikov zdravstvene nege, 28 % diplomiranih medicinskih sester in 4 % diplomiranih medicinskih sester s fakultetno izobrazbo.

Graf 4: Delovna doba anketirancev

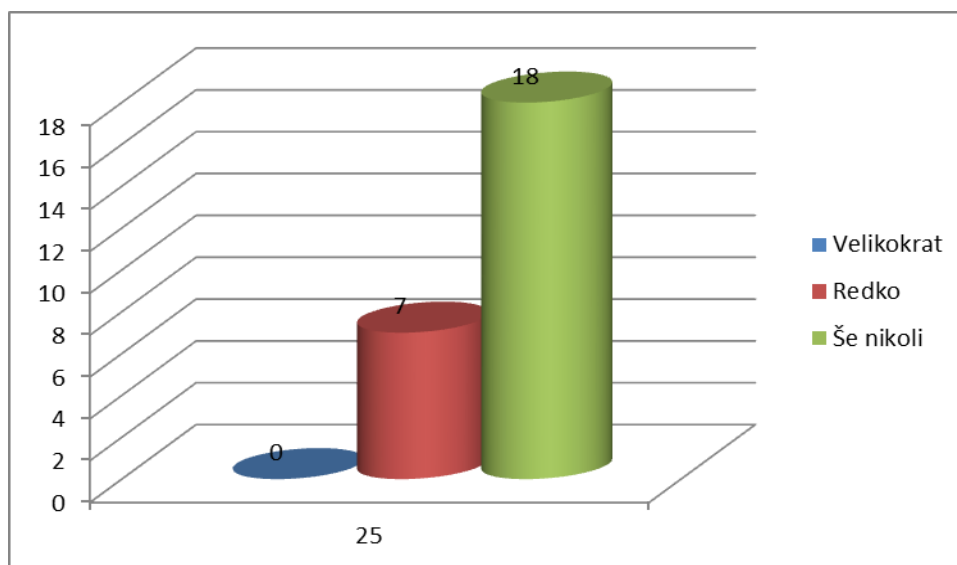
36 % anketiranih zdravstvenih delavcev ima med 20 in 29 let delovne dobe, 24 % anketiranih ima med 0 in 9 let delovne dobe, 20 % anketiranih ima od 10 do 19 let delovne dobe, kakor tudi 20 % anketiranih, ki imajo 30 in več let delovne dobe.

Graf 5: Odnos do pacientk z rakom

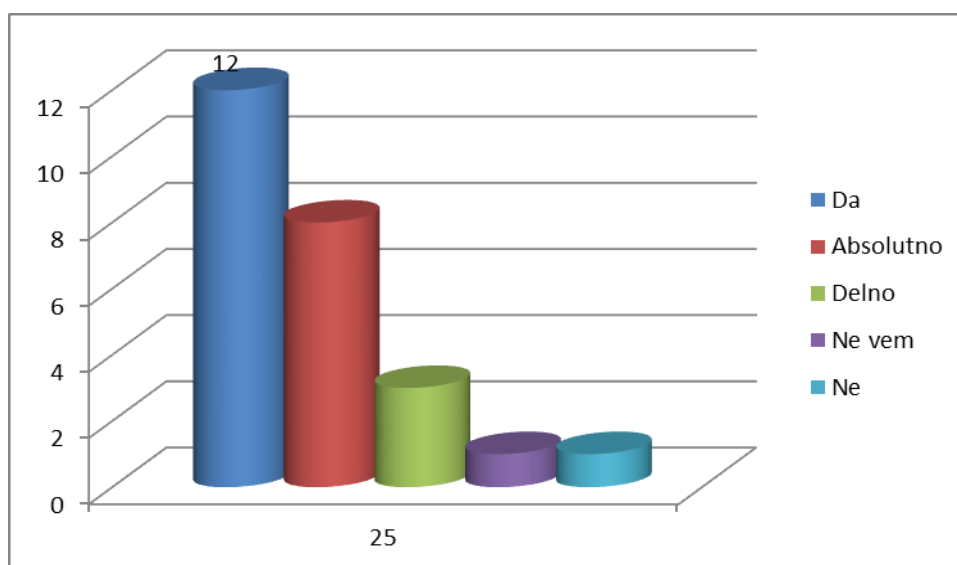
56 % anketiranih ocenjuje svoj odnos do pacientk z rakom popolnoma zadovoljivo, 28 % anketiranih ocenjuje odnos do pacientk zadovoljivo, 16 % anketiranih pa le delno zadovoljivo.

Graf 6: Pogovor s pacientko pred operativnim posegom (mastektomijo)

Pogosto se s pacientko pred mastektomijo pogovarja 72 % anketiranih zdravstvenih delavcev, vedno se s pacientko pogovarja 16 %, občasno pa le 12 % zdravstvenih delavcev.

Graf 7: Neprijetna izkušnja s pacientko, ki čaka na operacijo dojke

72 % anketiranih ni imelo neprijetnih izkušenj s pacientkami, ki čakajo na mastektomijo, medtem ko 28 % anketiranih navaja kot neprijetno izkušnjo: hitrost dela v ambulantni in direktno povedana diagnoza pacientkam, strah pacientk, včasih se pacientke ne želijo pogovoriti o operativnem posegu in da pacientka ni bila obveščena o celotni odstranitvi dojke.

Graf 8: Individualni pogovor pacientke s prostovoljko pred mastektomijo

Individualni pogovor s prostovoljko pred mastektomijo bi pripomogel pacientki, s čimer se je strinjalo 48 % anketiranih, ki so navedli tudi, da je prostovoljka že prestala poseg in rehabilitacijo, zato bi se ženske lažje pogovorile z njo in ji zastavile kakšno vprašanje, kar

seveda pozitivno vpliva na pacientko in jim pove tudi dobre izkušnje. Pacientkam bi bil pogovor dobrodošel tudi zaradi bolj laičnih vprašanj, na katere zdravniki odgovarjajo z medicinsko terminologijo, kar je za pacientke preveč strokovno in nerazumevajoče.

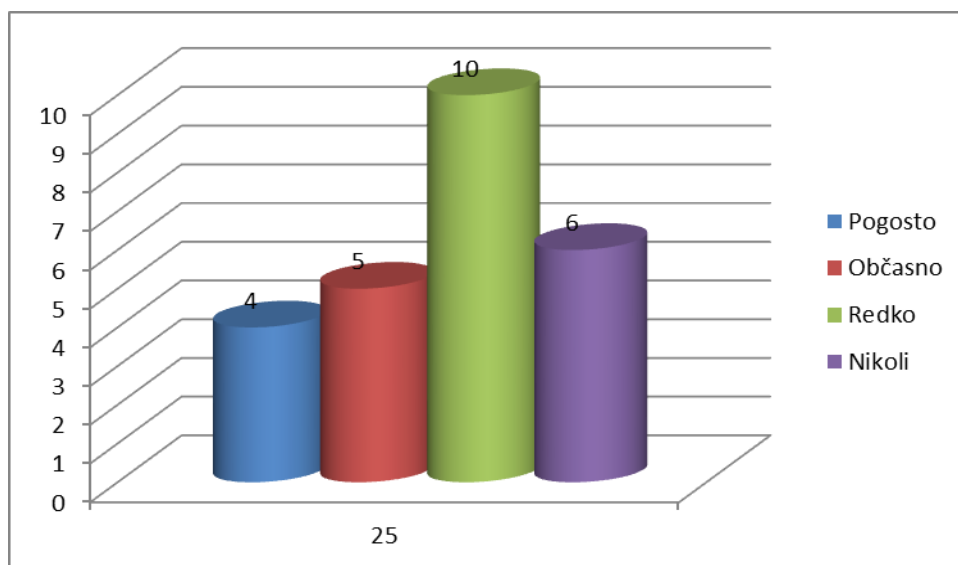
Absolutno za pogovor je bilo 32 % anketiranih, ki so mnenja, da prostovoljka nudi psihično podporo, zaradi česar pacientka lažje okreva po operaciji.

12 % anketiranih je odgovorilo delno, 4 % anketiranih je odgovorilo z ne vem, 4 % anketiranih pa je bilo mnenja, da pogovor ne bi pripomogel pacientki, ker so pred posegom pacientke preveč obremenjene s samim posegom in težje sledijo pogovoru.

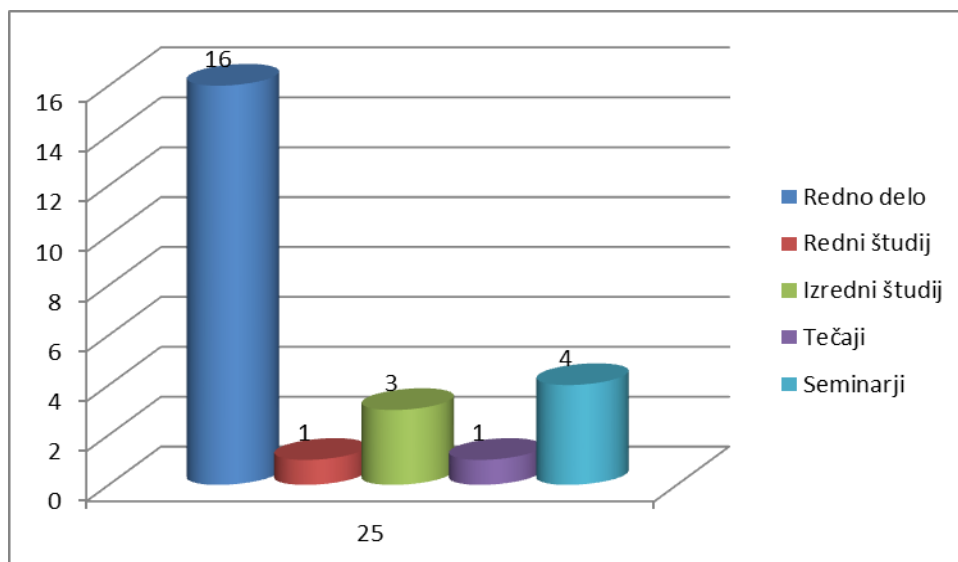
Preglednica 2: Problemi pacientk, ki čakajo na mastektomijo

Izid bolezni	12
Pacientke je strah operativnega posega	11
Spremenjena telesna podoba	10
Bolečina	4
Možni zapleti	3

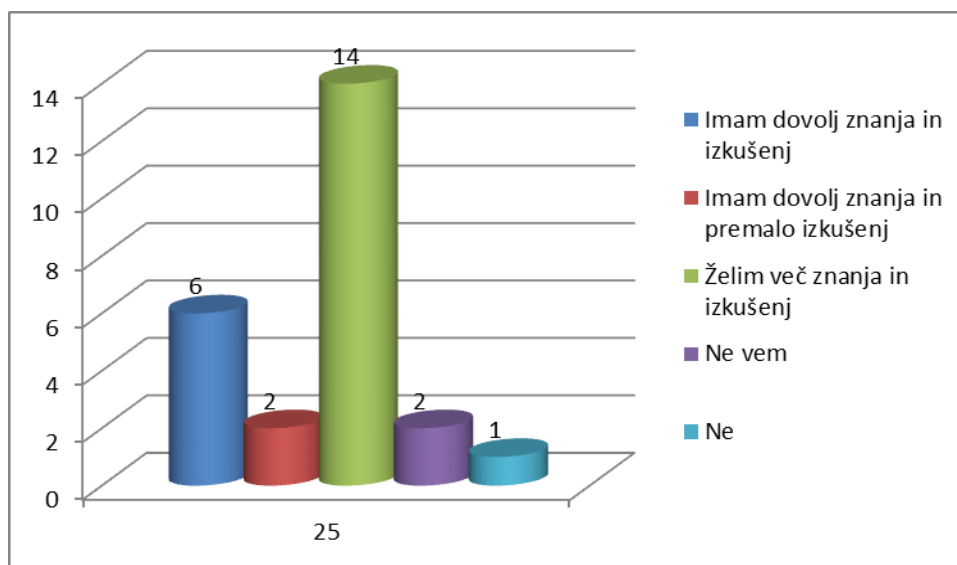
Največji problem pacientk, ki čakajo na mastektomijo predstavlja izid bolezni, kar 29 % anketiranih je takšnega mnenja. Da je pacientke strah operativnega posega je odgovorilo 11, to je 28 % anketiranih, spremenjena telesna podoba je odgovorilo 25 % anketiranih, bolečina je odgovorilo 10 % anketiranih, da so možni zapleti pa je bilo mnenje 8 % anketiranih.

Graf 10: Vključevanje družinskih članov v predoperativno pripravo na mastektomijo

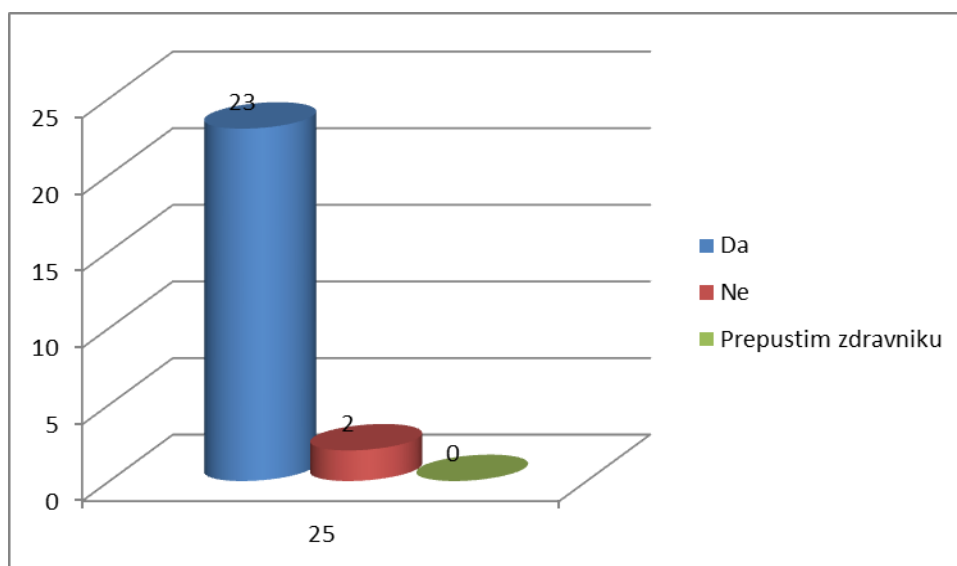
40 % anketiranih redko vključuje družinske člane v predoperativno pripravo na mastektomijo, 24 % jih nikoli ne vključuje, 20 % anketiranih občasno in 16 % anketiranih pogosto.

Graf 11: Znanje in izkušnje

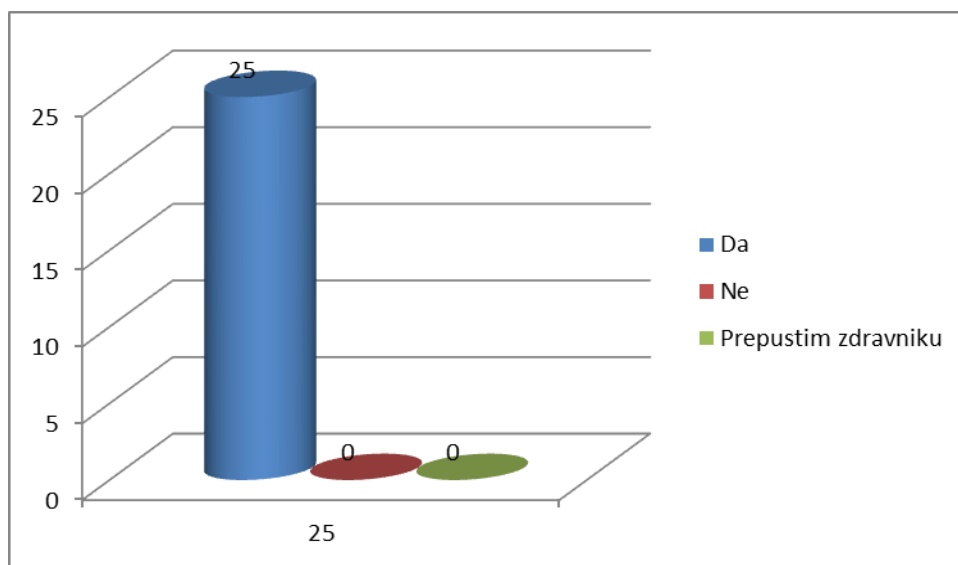
Največ znanja in izkušenj o zdravstveni negi pacientke z mastektomijo si je 64 % anketiranih pridobilo z rednim delom, 16 % anketiranih s seminarji, 12 % anketiranih z izrednim študijem, 4 % anketiranih s tečaji in 4 % anketiranih z rednim študijem.

Graf 12: Znanje veščin komunikacije

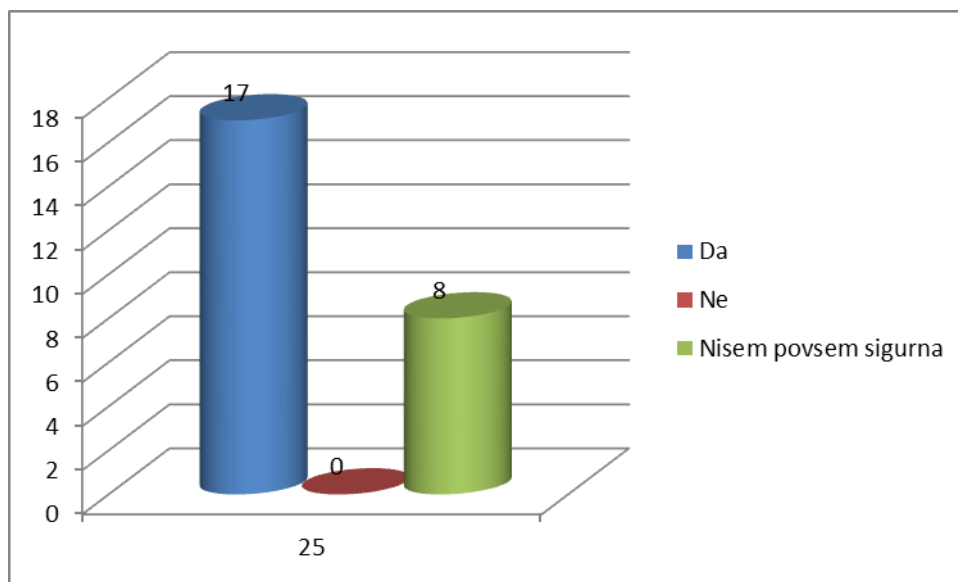
56 % anketiranih si želi več znanja in izkušenj, 24 % anketiranih ima dovolj znanja in izkušenj, 8 % anketiranih ima dovolj znanja in premalo izkušenj, 8 % anketiranih je na vprašanje odgovorila z ne vem.

Graf 13: Vloga medicinske sestre kot svetovalke pri pacientkah z rakom dojke

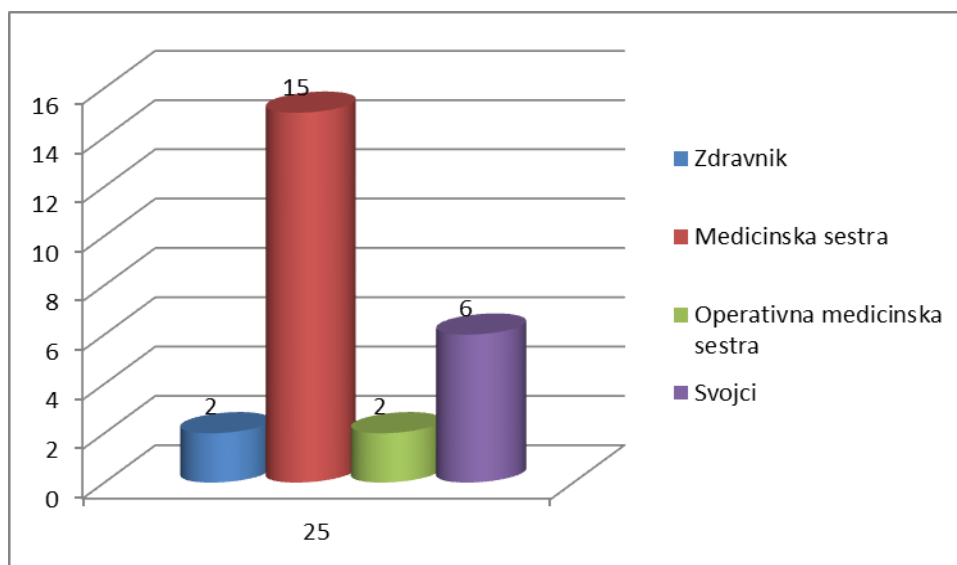
92 % anketiranih meni, da je vloga medicinske sestre tudi vloga svetovalke, 8 % anketiranih je mnenja, da medicinska sestra nima vloge svetovalke samostojno ampak skupaj z zdravnikom.

Graf 14: Vloga medicinske sestre kot poslušalke pri pacientkah z rakom dojke

100 % anketiranih je odgovorilo, da je vloga medicinske sestre tudi vloga poslušalke.

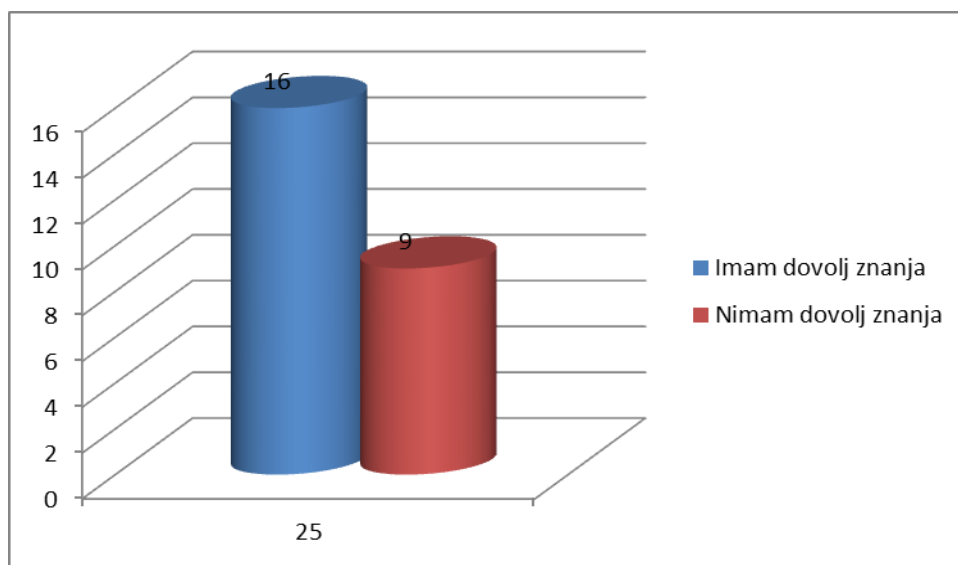
Graf 15: Prepoznavna vloge zdravstvene nege in medicinske sestre pri pripravi pacientk na mastektomijo

68 % anketiranih prepozna vlogo medicinske sestre pri zdravstveni negi pacientke z mastektomijo, 32 % anketiranih ni povsem prepričanih o celotni vlogi medicinske sestre.

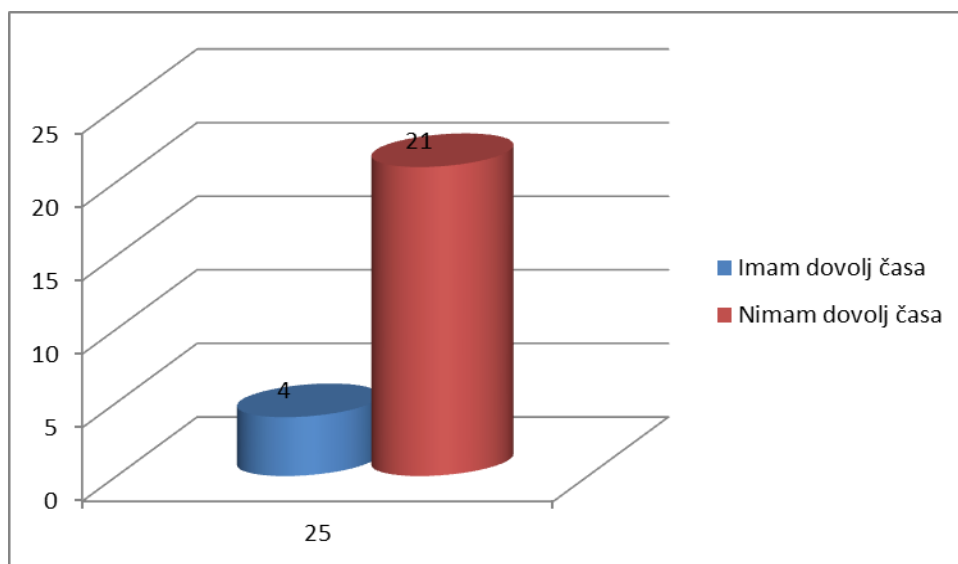
Graf 16: Kdo po Vašem mnenju nudi največ podpore pacientkam z rakom dojke?

Da največ podpore pacientkam, ki čakajo na mastektomijo nudijo medicinske sestre, je odgovorilo 60 % anketiranih, 24 % anketiranih meni, da so svojci tisti, 8 % anketiranih je mnenja, da je to naloga in vloga operativne medicinske sestre in 8 % anketiranih meni, da je to vloga in naloga zdravnika.

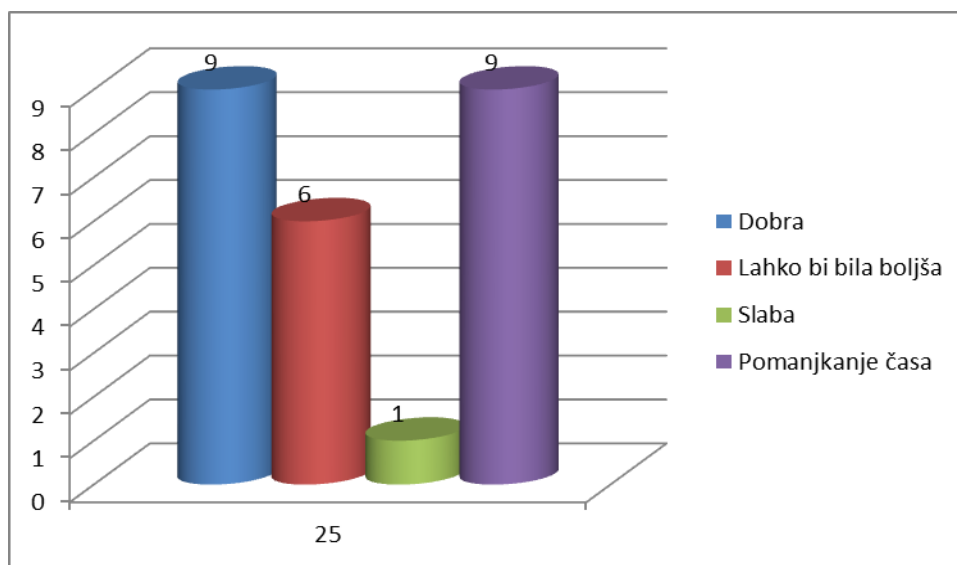
Večina anketiranih je mnenja, da največ podpore pacientka dobi od medicinske sestre in zdravnika skupaj.

Graf 17: Ali imate kot medicinska sestra dovolj znanja za psihično podporo pacientk?

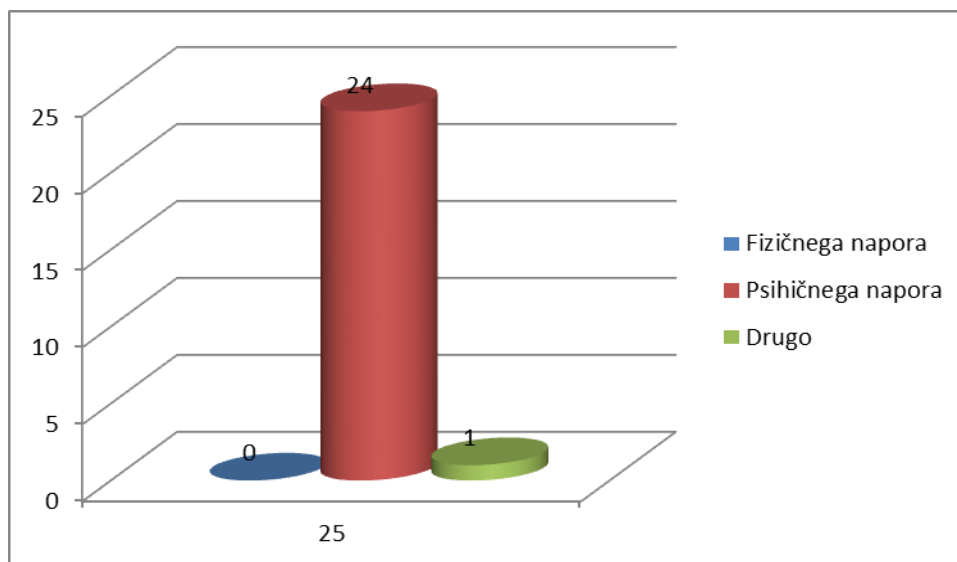
64 % anketiranih meni, da ima medicinska sestra dovolj znanja za oceno psihične podpore pacientk, 36 % anketiranih pa meni, da nimajo dovolj znanja.

Graf 18: Medicinska sestra ima dovolj časa za nudenje psihične podpore

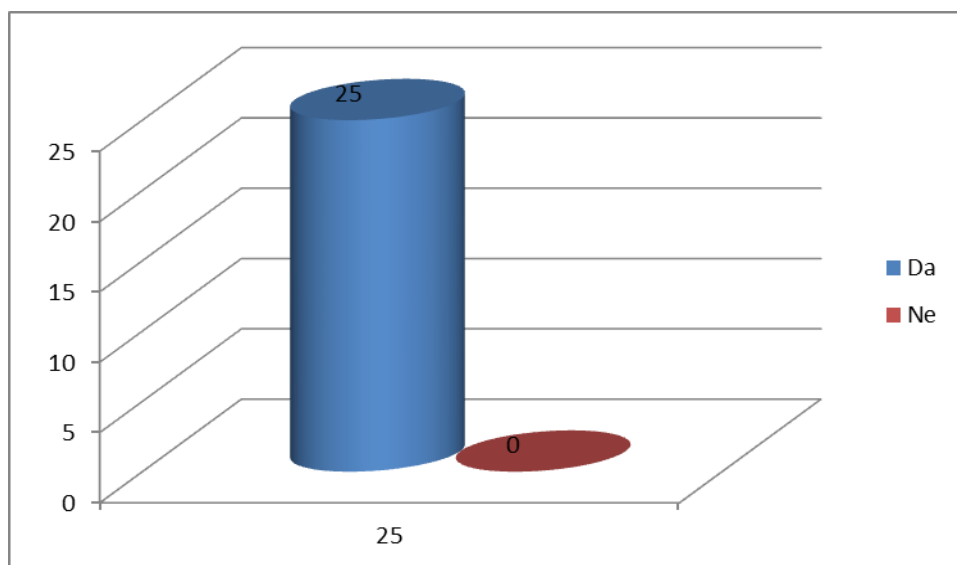
Da medicinska sestra nima dovolj časa za nudenje psihične priprave na mastektomijo, je odgovorilo 84 % anketiranih zdravstvenih delavcev, le 16 % anketiranih je odgovorilo, da imajo dovolj časa.

Graf 19: Ocena komunikacije s pacientkami

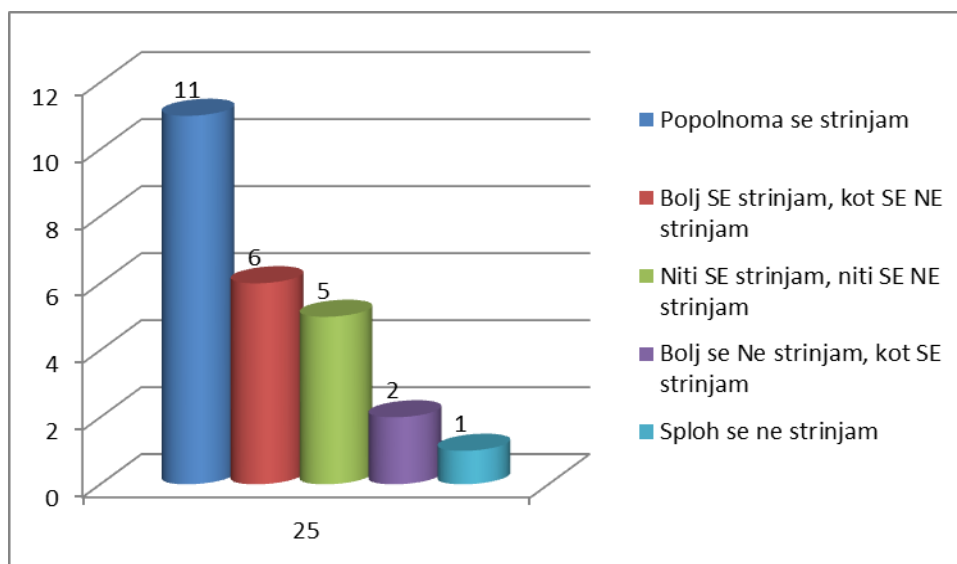
36 % anketiranih ocenjuje komunikacijo s pacientkami dobro, 36 % ocenjuje pomanjkanje časa za komunikacijo, 24 % anketiranih ocenjuje, da bi lahko bila komunikacija boljša in 4 % anketiranih ocenjuje komunikacijo s pacientkami kot slabo.

Graf 20: Zdravstvena nega in priprava na mastektomijo zahteva več

Da priprava pacientk na mastektomijo zahteva od medicinskih sester več psihičnega napora, meni 92 % anketiranih, 4 % anketiranih je mnenja, da je premalo časa zaradi pomanjkanja osebja.

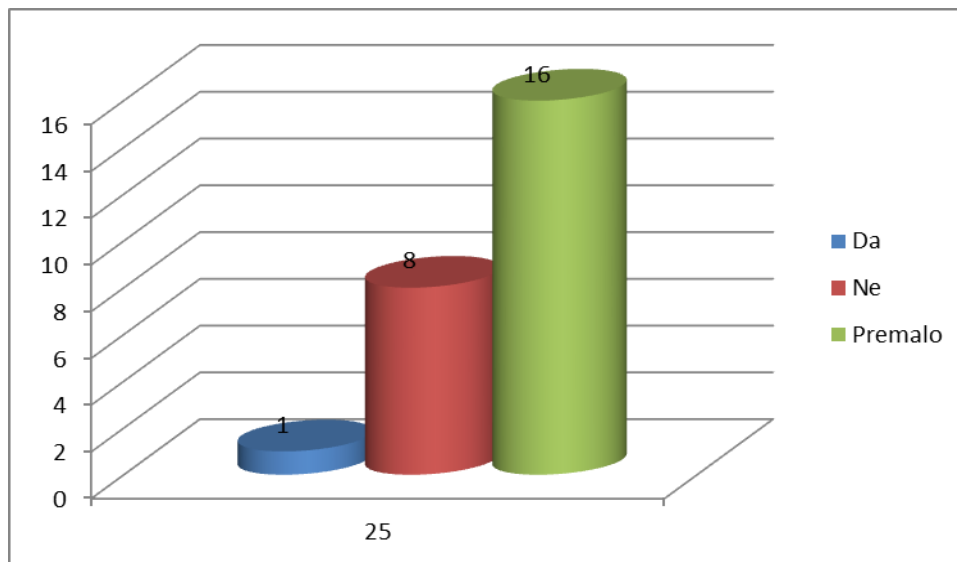
Graf 21: Supervizija pomaga preprečevati izgorevanje na delovnem mestu

Zaradi preobremenjenosti pri delu pride posledično do izgorevanja, je odgovorilo 100 % anketiranih.

Graf 22: Supervizija lahko prepreči izgorevanje na delovnem mestu

44 % anketiranih se popolnoma strinja, da lahko s pomočjo supervizije preprečimo izgorevanje na delovnem mestu, 24 % anketiranih SE bolj strinja kot se NE strinja, 20 % anketiranih se niti SE strinja, niti SE NE strinja, 8 % anketiranih se bolj NE strinja kot SE strinja in 4 % anketiranih se sploh ne strinja.

Graf 23: Ali menite, da je organiziranih dovolj izobraževanj na temo zdravstvene nege pacientk z mastektomijo



Ali je organiziranih dovolj izobraževanj na temo zdravstvene nege pacientk z mastektomijo, je z odgovorom premalo odgovorilo 64 % anketiranih, 32 % jih je odgovorilo da ni organiziranih dovolj izobraževanj, 4 % anketiranih je mnenja, da je organiziranih dovolj izobraževanj na to temo.

6.4.5 PREVERJANJE IZHODIŠČNIH RAZISKOVALNIH VPRAŠANJ

Hipoteza 1:

Medicinska sestra se zaveda svoje vloge, ki jo ima pri psihofizični pripravi pacientke na mastektomijo.

Na osnovi ugotovljenih rezultatov menimo, da medicinske sestre prepoznajo svojo celotno vlogo pri psihofizični pripravi na mastektomijo, s čimer se je strinjalo 68 % anketiranih od tega 32 % anketiranih ni povsem prepričanih o svoji vlogi. Hipoteza je potrjena.

Hipoteza 2:

Medicinska sestra upošteva etična načela.

Medicinske sestre skrbijo za ohranitev življenja in zdravja ljudi. Svoje delo so dolžne opravljati humano, strokovno in odgovorno ter v odnosu do varovanca spoštovati njegove

individualne potrebe in vrednote. Medicinske sestre spoštujejo pravico varovanja do izbire in odločanja.

Medicinske sestre so dolžne varovati kot poklicno skrivnost podatke o zdravstvenem stanju varovanja, o vzrokih, okoliščinah in posledicah tega stanja. Odgovarjajo le na vprašanja v zvezi z zdravstveno nego.

Moralno etična načela, zapisana v Kodeksu, služijo medicinskim sestram za oblikovanje etičnih vrednot kot vodilo in spodbuda pri vsakodnevni praksi.

Medicinske sestre naj ne bi samo poznale etičnih načel, temveč ravnale etično v vseh stanjih in ob vsakem času.

Za medicinsko sestro je skrb etična odgovornost (34).

Hipoteza 3:

Medicinska sestra s svojim delovanjem vpliva na boljšo psihofizično pripravo na operacijo.

Psihična podpora je pomemben del priprave pacientke na operativni poseg.

24 % anketiranih meni, da ima medicinska sestra dovolj znanja za oceno psihične podpore pacientk, 36 % anketiranih pa meni, da nimajo dovolj znanja.

92 % anketiranih meni, da je vloga medicinske sestre tudi vloga svetovalke, 8 % anketiranih je mnenja, da medicinska sestra nima vloge svetovalke samostojno ampak skupaj z zdravnikom.

Vloga medicinske sestre tudi vloga poslušalke meni 100 % anketiranih.

Hipoteza je potrjena.

Hipoteza 4:

Medicinske sestre bi potrebovale supervizijo zaradi pojava izgorevanja.

44 % se strinja, da bi supervizija pomagala, 24 % anketiranih SE bolj strinja kot se NE strinja, 20 % anketiranih se niti SE strinja, niti SE NE strinja, 8 % anketiranih se bolj NE strinjata kot SE strinjata in 4 % anketiranih se sploh ne strinja.

Hipoteza 5:

Medicinske sestre nimajo dovolj znanja o mastektomiji in o psihofizični pripravi na mastektomijo.

56 % anketiranih si želi več znanja in izkušenj, 24 % anketiranih ima dovolj znanja in izkušenj, 8 % anketiranih ima dovolj znanja in premalo izkušenj, 8 % anketiranih je na vprašanje odgovorilo z ne vem.

Ali je organiziranih dovolj izobraževanj na temo zdravstvene nege pacientk z mastektomijo, je z odgovorom premalo odgovorilo 64 % anketiranih, 32 % jih je odgovorilo, da ni organiziranih dovolj izobraževanj, 4% anketiranih pa menijo, da je organiziranih dovolj izobraževanj na to temo.

7 RAZPRAVA

Zaposleni v zdravstveni negi, zdravstveni delavci oddelka splošne in abdominalne kirurgije v Celju, se vsak dan srečujejo s pacientkami, ki prihajajo na posege na dojkah, tudi mastektomijo. Na oddelku za splošno in abdominalno kirurgijo v Celju so v letu 2009 opravili 55 operacij na dojkah, od tega 15 radikalnih mastektomij. V letu 2009 so operirali 27 pacientk manj kot predhodno leto, kar je delno posledica preusmeritve pacientk v druge centre v »programu dore«, doktrinarno pa pošiljajo pacientke s tumorjem manjšim od 6 mm na Onkološki inštitut zaradi debeloigelné biopsije.

Vsaka pacientka z rakom zelo individualno doživlja svojo bolezen in s tem tudi problematiko, ki je povezana s hospitalizacijo. Med čakanjem na operativni poseg doživlja različne čustvene reakcije in tudi različna fizična občutenja. Dejstvo, da jih medicinska sestra posluša in ustrezno informira, velikokrat ublaži njihovo stisko, ki jih spremlja v času zdravljenja in rehabilitacije.

Vsi, ki delamo na področju zdravstvene nege, vstopamo s pacienti v medosebne odnose bolj hitro, kot sicer v življenju. Velikokrat že po nekaj minutah »poznanstva« vdiramo v njihov intimni prostor, kar je zanje lahko neprijetno ali celo zoprno. Kako in koliko jim to neprijetno stanje olajšamo, je odvisno od našega znanja, vljudnosti, kulturnosti, intuitivnosti in srčnosti, saj našo strokovnost ocenjujejo skozi vidik naše prijaznosti in pripravljenosti za nudenje pomoči.

Zaposleni na oddelku za splošno in abdominalno kirurgijo v Celju, ki se srečujejo s pacientkami, ki pridejo na mastektomijo, imajo veliko pozitivnih izkušenj. Kot nam je pokazala raziskava, si člani negovalnega tima prizadevajo, da bi bila priprava na mastektomijo čim bolj kakovostna.

Sodelovalo je 92 % anketiranih ženskega spola, kar pomeni, da se prav zaradi vloge ženske lažje vživijo v vlogo pacientke, občutijo njene stiske in strah pred operativnim posegom ter življenje po operativnem posegu.

Starostne skupine anketiranih so bile skoraj enakomerno razporejene, kar pomeni, da imajo veliko delovnih izkušenj in znanja, razen skupina anketiranih v starosti od 20 do 30 let, ki je izstopala v 12 % in skupina od 50 do 62 let, ki je izstopala z 20 %.

V anketi je sodelovalo 68 % tehnikov zdravstvene nege, 27 % diplomiranih medicinskih sester in 4 % medicinskih sester s fakultetno izobrazbo.

Med anketiranimi je bilo 36 % takšnih, ki imajo med 20 in 29 let delovne dobe, 24 % ima med 0 in 9 let delovne dobe, 20 % ima od 10 do 19 let delovne dobe, kakor tudi 20 % anketiranih, ki imajo 30 in več let delovne dobe.

Pri vprašanju, kako ocenjujejo svoj odnos do pacientk z rakom, so anketirani opredelili svoj odnos do pacientk zadovoljivo z zelo visokim odstotkom, kar pomeni, da želijo doseči čim bolj kakovostno zdravstveno nego v času hospitalizacije.

Pogovor med medicinsko sestro in pacientko je zelo pomemben. Pomembno je, da medicinske sestre vzpodbudijo pri pacientkah zaupanje, da nudijo občutek varnosti, saj se bodo tako pacientke lažje odprle, prisluhnile nasvetom in povedale svoje skrbi.

Pogosto se s pacientko pred mastektomijo pogovarja 72 % anketiranih zdravstvenih delavcev, vedno se pogovarja 16 %, občasno pa le 12 % zdravstvenih delavcev.

Pri vprašanju o neprijetni izkušnji s pacientko, ki ima raka dojke in čaka na mastektomijo, je 72 % anketiranih odgovorilo, da niso imeli še nikoli neprijetne izkušnje.

28 % anketiranih navaja kot neprijetno izkušnjo: hitrost dela v ambulantni in direktno povedano diagnozo pacientkam, strah pacientk, včasih se pacientke ne želijo pogovoriti o operativnem posegu in da pacientka ni bila obveščena o celotni odstranitvi dojke.

Pot k okrevanju je del rehabilitacijskega programa za ženske z operacijo dojke. Izvajajo ga prostovoljke, ki so že same prestale enako operacijo.

V času, ko pacientka čaka na operativni poseg, si močno želi, da bi se pogovorila s kakšno žensko, ki je vse to že prestala in bi ji lahko iz osebnih izkušenj svetovala, jo bodrila in predvsem – lahko bi jo razumela.

48 % anketiranih je odgovorilo, da bi individualni pogovor s prostovoljko pred mastektomijo pripomogel pacientki in ki so navedli tudi, da je prostovoljka že prestala poseg ter rehabilitacijo, zato bi se ženske lažje pogovorile z njo in ji zastavile kakšno vprašanje, kar seveda pozitivno vpliva na pacientko in jim pove tudi dobre izkušnje. Pacientkam bi bil pogovor dobrodošel tudi zaradi bolj laičnih vprašanj, na katere zdravniki odgovarjajo z medicinsko terminologijo, kar je za pacientke preveč strokovno in nerazumevajoče.

Absolutno za pogovor jih je bilo 32 %, ki so mnenja, da prostovoljka nudi psihično podporo, zaradi česar pacientka lažje okreva po operaciji, 4 % anketiranih je bilo mnenja, da pogovor ne bi pripomogel pacientki, ker so pred posegom pacientke preveč obremenjene s samim posegom in težje sledijo pogovoru.

Po mnenju anketiranih sta izid bolezni (29 %) in strah (28 %) največja problema pri pacientkah, ki čakajo na mastektomijo. V fazi pasivnega obnašanja in reakcij pacientke na popolno izgubo organa je zelo pomembno, da je medicinska sestra prijazna, razumevajoča, strpna, dosledna, umirjena, zaupljiva in da sprejema drugačnost. Prepoznavanje tega nam mnogokrat pomaga razumeti nenadne in neprijetne odzive, njeno egocentričnost, nesodelovanje pri posegih, zdravljenju in pri vključevanju v negovalne aktivnosti. Prav tako pa tudi lažje razumemo mnogokrat pretirano odvisnost od negovalnega osebja in svojcev.

40 % anketiranih redko vključuje družinske člane v predoperativno pripravo na mastektomijo, 24 % anketiranih jih ne vključuje nikoli, 20 % občasno in 16 % anketiranih pogosto.

Zaposleni so največ znanja in izkušenj o zdravstveni negi pacientke z mastektomijo pridobili 64 % z rednim delom, 16 % anketiranih s seminarji, 12 % anketiranih z izrednim študijem, 4 % anketiranih s tečaji in 4 % anketiranih z rednim študijem.

Pri vprašanju o znanju in veščinah komunikacije si zaposleni anketiranci v visokem odstotku, 56 %, želijo več znanja in izkušenj, 24 % anketiranih ima dovolj znanja in izkušenj, 8 % anketiranih ima dovolj znanja in premalo izkušenj, 8 % anketiranih pa je na vprašanje odgovorilo z ne vem.

Medicinska sestra ima v zdravstveni negi različne vloge. Pri zdravstveni negi pacientk pred in po mastektomiji so anketirani pripisali velik pomen vlogi svetovalke, saj jih kar 92 % deluje v tej vlogi. 8 % anketiranih je mnenja, da medicinska sestra nima vloge svetovalke samostojno ampak skupaj z zdravnikom. Da je vloga medicinske sestre vloga poslušalke, se je strinjalo 100 % anketirancev.

Medicinska sestra oceni potrebo po svetovanju na osnovi lastnega opazovanja pacientke ter na podlagi kritičnega razmišljanja poskrbi za informacije, ki jih prilagodi pacientkini stopnji razumevanja. Pomembno je, da pacientke sprejemajo način zdravljenja in s tem povezane postopke zdravstvene nege, ki jim pomenijo novo upanje in kvaliteto življenja.

Pri prepoznavanju vloge medicinske sestre pri zdravstveni negi pacientke z mastektomijo se je kar 68 % anketiranih opredelilo, da poznajo svojo vlogo, 32 % anketiranih pa ni povsem prepričano o celotni vlogi medicinske sestre.

Da največ podpore pacientkam, ki čakajo na mastektomijo nudijo medicinske sestre, je odgovorilo 60 % anketiranih, 24 % anketiranih pa meni, da so svojci tisti, ki nudijo največ podpore, medtem ko je 8 % anketiranih mnenja, da je to vloga operativne medicinske sestre in 8 % anketiranih meni, da je to vloga oziroma naloga zdravnika.

Večina anketiranih je mnenja, da največ podpore pacientka dobi od medicinske sestre in zdravnika skupaj.

Da medicinske sestre znajo oceniti potrebo pacientk po psihični podpori in jo tudi nuditi, je odgovorilo 64 % anketiranih, da nimajo časa za nudenje psihične podpore pa je odgovorilo 84 % anketiranih.

Oceno komunikacije s pacientom ocenjujejo anketirani kot zelo dobro in slabo zaradi pomanjkanja časa v 36 %, vendar so mnenja tudi, da bi lahko bila boljša.

Zdravstvena nega pacientke pred mastektomijo in po mastektomiji od medicinske sestre zahteva zelo veliko napora, tako psihičnega kot tudi fizičnega. 94 % anketiranih se je strinjalo, da zdravstvena nega od njih zahteva večji psihični napor.

S trditvijo, da zaradi psihičnega napora prihaja do posledičnega izgorevanja, se je strinjalo 100 % anketiranih. 68 % anketiranih se je strinjalo, da bi jim kot preventiva pri izgorevanju pri svojem delu pomagala supervizija.

Raziskava je pokazala, da je na temo zdravstvene nege pacientk z mastektomijo premalo izobraževanj. Kar 64 % anketiranih se strinja s trditvijo in si želi več znanja.

8 ZAKLJUČEK

Ženske z rakom dojke doživljajo v vseh bolezenskih obdobjih različne oblike čustvenih stanj. Dojke mnogim ženskam predstavljajo simbol seksualnosti in ženstvenosti. Njihova izguba, bodisi delna ali v celoti, jih prizadene. Obolele ženske se v vseh obdobjih bolezni pogovarjajo o svoji bolezni z različnimi ljudmi. Poleg zdravstvenih strokovnjakov in predvsem medicinskih sester so to tudi družinski člani, prijatelji, sodelavci, sopacientke z oddelka, druge ženske z rakom dojke, prostovoljke, ženske v skupinah za samopomoč ali iz njihovega socialnega okolja. Na njihovo doživljanje imajo velik vpliv pogovori z medicinsko sestro ki ima pridobljena znanja iz bolezni raka dojk in njegovem zdravljenju, komunikacije, psihologije, psihoterapije. Na intenzivnost negativnih in na porajanje pozitivnih oblik čustvenih stopenj pri obolelih ženskah vplivajo aktivno, načrtovano spremljanje, podpora, ustrezna komunikacija zdravstvenih strokovnjakov in kakovostna zdravstvena nega.

Psihična podpora je pomemben del priprave pacientke na operativni poseg.

24 % anketiranih meni, da ima medicinska sestra dovolj znanja za oceno psihične podpore pacientk, 36 % anketiranih meni, da nimajo dovolj znanja.

92 % anketiranih meni, da je vloga medicinske sestre tudi vloga svetovalke, 100 % anketiranih je mnenja, da je vloga medicinske sestre vloga poslušalke.

44 % se strinja, da bi supervizija pomagala, 24 % anketiranih SE bolj strinja kot NE, 20 % anketiranih se niti strinja, niti SE NE strinja, 8 % anketiranih se bolj NE strinja kot strinja in 4 % anketiranih se sploh NE strinja.

56 % anketiranih si želi več znanja in izkušenj.

64 % je odgovorilo, da ni organiziranih dovolj izobraževanj na temo zdravstvene nege pacientk z mastektomijo.

Z diplomsko nalogo smo dobili vpogled v stališča in opažanja zaposlenih zdravstvenih delavcev, ki uporabljajo kodeks etike kot vodilo pri svojem delu. Menimo, da psihofizična priprava pacientke na mastektomijo že poteka, vendar bi se lahko še izpopolnila s

posameznimi segmenti priprave. Vsi člani negovalnega oziroma zdravstvenega tima bi si morali še naprej prizadevati, da bo priprava na operativni poseg dojke še bolj kakovostna s povečanjem kadra in s tem omogočenje, da bi medicinske sestre namenile več časa pacientkam. Cilj tega je, da bo medicinska sestra z vsakdanjim učenjem svojih vlog napredovala v tej smeri, da kakovostno opravljanje vseh vlog postane splošna praksa in ne le teoretični načrt.

9 LITERATURA

1. Rak dojke. Dostopno na:

http://www.onkologija.org/sl/domov/o_raku/rak_dojke/<16.1.2011>.

2. Šmit M. Doživljanje žensk, obolelih za rakom dojke, in načini pomoči medicinskih sester I.del. *Obzor Zdr N* 2004. 38: 159 – 65.

3. Tait A. Popolna ali delna izguba dojke – grožnja za ženskost. V: Satler M. *Spremenjena telesna podoba in vloga medicinske sestre*. Ljubljana: DZS; 1992: 163–9.

4. Borko E, Takač I. et al – 2. dopolnjena izdaja. *Ginekologija*. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 2006: 283- 306.

5. Bizjak N. Rak dojke v severno primorski regiji. *Zdrav Vestn* 2001; 70: 691–2.

6. Jančar B. *Mamografija: metoda za zgodnje odkrivanje raka dojk – popravljena in dopolnjena izdaja*. Ljubljana: Društvo onkoloških bolnikov Slovenije, 2009; 9-34.

7. Borštnar S, Bračko M, Čufer T, et al. *Kako zdravimo raka dojke*. V: Borštnar S, Bračko M, Čufer T, in sod. *Rak dojke: Kaj morate vedeti*. Ljubljana: Onkološki inštitut, 2006. Ljubljana: Astra Zeneca, Podružnica, 2004: 5–57.

8. Novaković S. et al. *Onkologija: raziskovanje, diagnostika in zdravljenje raka: Mladinska knjiga*, 2009:50-314.

9. Štabuc B. Seminar »In memoriam dr. Dušana Reje« Zgodnje odkrivanje raka – izzivi za prihodnost/ XIII. Seminar. Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, 2005.

10. Snoj M. *Rak dojke*. Ljubljana: Onkološki inštitut, 1998; 10-16.

11. Fras, AP. *Osnovna načela klinične onkologije*. V: Velepich, M, Skela-Savič, B.(ur.).*Priročnik iz onkološke zdravstvene nege in onkologije*.Ljubljana: Onkološki inštitut, 2000 a: 38-48.
12. Potter PA, Perry AG. *Basic nursing – essentialsfor practice*. St. Luis: Mosby, 2003: 7–8.
13. Primic Žakelj M, Pompe Kirn V. *Kemopreventiva raka dojk in presejanje*. V: Skela Savič B, Velepich M. 23. strokovni seminar iz onkologije in onkološke zdravstvene nege za medicinske sestre. Radenci: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1998: 15–9.
14. Državni presejalni program Dora. Dostopno na: (<http://dora.onko-i.si/program>) <10. 2. 2011>.
15. Primic Žakelj M, Pompe Kirn V. *Primarna in sekundarna preventiva raka dojk*. V: Kocijan A. IV. Seminar »In memoriam dr. Dušana Reje«, preventivni pregledi dojk in edukacija žena. Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, 1998: 8–15.
16. Kumar T. *Samopregledovanje dojk in vloga medicinske sestre pri zgodnjem odkrivanju raka dojk*. 23. strokovni seminar iz onkologije in onkološke zdravstvene nege za medicinske sestre. Radenci: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1998: 56–61.
17. Kaučič M. *Kirurško zdravljenje raka dojke in rekonstrukcija dojke: informativna knjižica za bolnike*. Ljubljana: Društvo onkoloških bolnikov Slovenije, 2006; 8-28.
18. *Modified radical mastectomy*. Dostopno na: <http://www.medicaltourismco.com/oncology/mastectomy-surgery-abroad.php> <22.4.2011>.
19. *Radikalna mastektomija*. Dostopno na: http://ultrazvuk-tarle.hr/dijagnostika/zagreb/opreacija_raka_dojke/ <23.4.2011>.
20. Dollinger M, Rossenbaum E, Cable G. *Življenje z rakom: odkrivanje, zdravljenje, nega*. Tehniška založba Slovenije, 1995: 6-11.

21. Čufer T. *Potek, prognoza in zdravljenje raka dojk*. V: Kocijan A. IV. Seminar »In memoriam dr. Dušana Reje«, preventivni programi in edukacija žena . Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku 1998: 34–8.
22. Buček Hajdarevič I, Kardoš Z. *Preprečevanje dejavnikov tveganja pred operativnim posegom in po njem*. *Obzor Zdr N* 2000; 34: 115–9.
23. *Vloga anestezijske medicinske sestre*. Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres_zbn/pdf/332D.pdf. <10. 2. 2011>.
24. Sanchez K, Mihelič A. *Vloga medicinske sestre v celostni pripravi pacientke na operativni poseg rodil*. *Obzor Zdr N* 2005; 39: 277–84.
25. Mrak Z. *Priprava bolnika na operativni poseg*. V: Zver G. *Zbornik predavanj sekcije kirurških medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*. Radenci. Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 2001: 23–9.
26. Ivanuša A, Železnik D. *Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika*. Izbrana poglavja. Maribor: Univerza v Mariboru. Visoka zdravstvena šola, 2000.
27. Škerbinek A. *Poklicna identiteta slovenskih medicinskih sester*. *Obzor Zdr N* 2000; 34: 11–6.
28. Harkreader H, Hogen MA. *Social context of nursing profession*. 6th ed. St. Luis: Saunders, 2004: 10–2.
29. Reuschenbach B. *Manchmal fehlen die Worte*. *Pflegezeitschrift* 2004; 2: 113- 6.
30. Hoyer S. *Zdravstvena vzgoja in zdravstvena prosveta*. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, 1995; 125–7.
31. Lokar K. *Zagovorništvo v zdravstveni negi s poudarkom na paliativni oskrbi pacientov z rakom*. *Obzor Zdr N*. 2005; 39: 255-61. št.4.

32. Zbornica-Zveza. *Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije- 2005. Utrip*, 2005; 13; 43-8.
33. Kalčič D. *Royal College of Nursing, Great Britain. Obzor Zdr N* 1999; 33.
34. Klemenc D. *Medicinska sestra – zagovornica bolnikovih pravic. Obzor Zdr N Ljubljana* 2004; 4: 287–96.
35. Trobec I. *Zapiski predavanj. Izola* 2008.
36. Škerbinek L. *Profesionalna komunikacija v zdravstveni negi. Obzor Zdr N* 1992; 26: 29–32.
37. Filipič I. *Komunikacija v zdravstveni negi. Obzor Zdr N* 1998; 30: 221–5.
38. Trček J. *Medosebno komuniciranje – kontaktna kultura. Ljubljana: Korona Plus*, 1998: 17-21.
39. Balkovec I. *Odnos do bolnika kot sestavni del procesa zdravstvene nege. Utrip, Glasilo Zbornice zdravstvene nege Slovenije*, 1994: leto 2, št. 2, str 31.

ZAHVALA

Iskreno hvala mentorici dipl.med. sestri, univ.dipl.org. Gordani Lokajner za vso pomoč, nasvete, spodbude, razumevanje in sodelovanje pri nastajanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se glavni medicinski sestri Splošne bolnišnice Celje mag. Hildi Maze za dovoljenje izvajanja ankete ter glavni medicinski sestri oddelka za splošno in abdominalno kirurgijo dipl. med.sestri Suzani Drame za pomoč pri razdeljevanju anketnih vprašalnikov.

Hvala Urški Podpečan za lektoriranje diplomskega dela ter Maji Laznik, Andreji Reberšak za pomoč pri prevodu.

Zahvaljujem se svojim najbližjim za pomoč in podporo pri nastajanju diplomskega dela.

PRILOGE

- anketni vprašalnik
- dovoljenje za vstop v delovno okolje

ANKETNI VPRAŠALNIK

Spoštovani,

Sem absolventka Visoke šole za zdravstvo v Izoli in pišem diplomsko delo z naslovom ZDRAVSTVENA NEGA PRI OBRAVNAVI PACIENTKE Z MASTEKTOMIJO. Ker bo omenjeno delo podprto z raziskavo, Vas vljudno prosim za sodelovanje v njej. Z Vašo pomočjo želim pridobiti podatke, ki se nanašajo na naslov diplomske naloge. Vljudno Vas prosim, da sodelujete v anketi in podate iskrene odgovore. Anketa je anonimna, odgovori pa bodo uporabljeni le za raziskovalni del diplomske naloge.

Za Vaše sodelovanje se Vam iskreno zahvaljujem.

Sanja Zorić

Celje, april 2011

Na vprašanja odgovarjajte tako, da obkrožite črko pred odgovorom, ki Vam ustreza ali pa podatke dopišite. Obkrožite samo en odgovor.

1. Spol :

- a) M
- b) Ž

2. Starost: ____ let

3. Stopnja izobrazbe, ki ste jo pridobili:

- a) Tehnik/ ca zdravstvene nege
- b) Diplomirana medicinska sestra
- c) Medicinska sestra s fakultetno izobrazbo
- d) Drugo:

4. Delovna doba:

- a) 0-9 let
- b) 10-19 let
- c) 20-29 let
- d) 30 let in več

5. Kako ocenjujete Vaš odnos do pacientk z rakom:

- a) Popolnoma zadovoljivo
- b) Delno zadovoljivo
- c) Zadovoljivo

6. Ali se kot medicinska sestra pogovorite s pacientko pred operativnim posegom (mastektomijo) in jo spodbujate, da spregovori o eventuelnih problemih ki jih ima?

- a) Vedno
- b) Pogosto

- c) Občasno
- d) Redko
- e) Nikoli

7. Ali ste imeli kdaj kakšno manj prijetno izkušnjo s pacientko, ki čaka na operacijo dojke?

- a) Velikokrat
- b) Redko
- c) Še nikoli

Če ste odgovorili redko ali velikokrat napišite kakšne neprijetne izkušnje so bile.

8. Pot k okrevanju je del rehabilitacijskega programa za ženske z operacijo dojke. Izvajajo ga prostovoljke, ki so same pristale enako operacijo. V času, ko pacientka čaka na operativni poseg si močno želi, da bi se pogovorila s kako žensko, ki je vse to prestala in bi ji lahko iz osebnih izkušenj svetovala, jo bodrila in predvsem- lahko bi jo razumela.

Ali menite, da bi individualni pogovor s prostovoljko pred posegom pripomogel pacientki?

- a) Da
- b) Absolutno
- c) Delno
- d) Ne vem
- e) Ne
- f) Če ste odgovorili na vprašanje da ali absolutno navedite zakaj tako menite.

9. Kakšni so po vaših izkušnjah problemi pacientk, ki čakajo na operacijo dojke:

- a) Pacientke je strah operativnega posega
- b) Bolečina
- c) Možni zapleti
- d) Izid bolezni
- e) Spremenjena telesna podoba

10. Ali kot medicinska sestra vključujete družinske člane v predoperativno pripravo pacientke na operacijo dojke?

- a) Pogosto
- b) Občasno
- c) Redko
- d) Nikoli

11. Največ znanja in izkušenj ste si pridobili z :

- a) Redno delo
- b) Redni študij

- c) Izredni študij
- d) Tečaji
- e) Seminarji

12. Ali menite, da imate dovolj znanja in veščin komuniciranja, ki so potrebni za vzpostavitev pristnega odnosa s pacientko obolelo z rakom dojke?

- a) Imam dovolj znanja in izkušenj
- b) Imam dovolj znanja in premalo izkušenj
- c) Želim več znanja in izkušenj
- d) Ne vem
- e) Ne

13. Vloga medicinske sestre kot svetovalke pri pacientki z rakom dojke?

- a) Da.
- b) Ne.
- c) Prepustim jo zdravniku

14. Vloga medicinske sestre kot poslušalke pri pacientkah z rakom dojke?

- a) Da
- b) Ne
- c) Prepustim jo zdravniku

15. Ali prepoznate celotno vlogo medicinske sestre pri psihični in fizični pripravi pacientke na mastektomijo

- a) Da
- b) Ne
- c) Nisem povsem sigurna

16. Pacientkam, obolelim za rakom dojke, ki čakajo na mastektomijo največ podpore nudijo:

- a) Zdravnik
- b) Medicinska sestra
- c) Operativna medicinska sestra
- d) Svojci

17. Ali menite, da kot medicinska sestra imate dovolj znanja, da ocenite potrebo ženske po psihični podpori in jo znate tudi nuditi?

- a) Imam dovolj znanja.
- b) Nimam dovolj znanja.

18. Ali ocenjujete, da imate dovolj časa za nudenje psihične priprave?

- a) Imam dovolj časa.
- b) Nimam dovolj časa.

19. Ena izmed najpomembnejših nalog medicinske sestre je pogovor s pacientkami.

Kakšna se vam zdi vaša komunikacija s pacientom?

- a) Dobra
- b) Lahko bi bila boljša
- c) Slaba
- d) Pomanjkanje časa

20. Pri pripravi pacientk za mastektomijo se soočate s problemi, ki od vas bolj zahtevajo več:

- a) fizičnega napora
- b) psihičnega napora
- c) drugo _____

21. Večina medicinskih sester je preobremenjenih pri svojem delu, zaradi česar pride posledično do izgorevanja.

- a) Da.
- b) Ne.

22. S pomočjo supervizije lahko medicinske sestre preprečijo izgorevanje na delovnem mestu ter izpopolnijo svoje poklicne vloge in dosežejo večjo kakovost dela.

- a) Popolnoma se strinjam.
- b) Bolj SE strinjam, kot SE NE strinjam.
- c) Niti SE strinjam, niti SE NE strinjam.
- d) Bolj se NE strinjam, kot SE strinjam.
- e) Sploh se ne strinjam.

23. Ali menite, da je organiziranih dovolj strokovnih izobraževanj na temo zdravstvene nege pacientk z mastektomijo?

- a) Da.
- b) Ne.
- c) Premalo.

Hvala za sodelovanje!

datum: 20.4.2011

naš znak: 122/2011

Sanja ZORIĆ
Na zelenici 14
3312 PREBOLD

ZADEVA: SOGLASJE ZA IZVAJANJE ANKETE

Spoštovana!

Prejeli smo vašo vlogo za izvajanje ankete za potrebo diplomske naloge z naslovom »Zdravstvena nega pri obravnavi pacientke z mastektomijo«. Anketo bi želeli izvesti med 25-timi medicinskimi sestrami na Oddelku za splošno in abdominalno kirurgijo Splošne bolnišnice Celje.

Na vsebino anketnega vprašalnika nimam pripomb in soglašam z izvedbo ankete.

Za operativno izvedbo ankete se dogovorite z glavno med. sestro Oddelka za splošno in abdominalno kirurgijo, Suzano Drame, vms-univ.dipl.org.

Preden pa podatke, ki jih boste zbrali v bolnišnici oz. razlago teh podatkov in zaključke, kjerkoli uporabite vas prosimo, da nam jih posredujete v pregled.

S spoštovanjem in lep pozdrav!

mag. Hilda MAZE
glavna medicinska sestra bolnišnice



V vednost:

- Referat za izobraževanje
- Suzana Drame, vms-univ.dipl.org.